

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y  
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO CON LA RESILIENCIA EN MUJERES  
VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL**

Tesis presentada por las bachilleres:

BEGAZO MIRANDA, LIZ ESTILITA

RODRIGO APAZA, ELIZABETH SHARON

Para optar el título profesional de

PSICÓLOGAS

Asesor: Dr. Ever Nazaret Apaza Bejarano

**AREQUIPA- PERÚ**

**2019**

## **DEDICATORIA**

A nuestros familiares por su cariño, comprensión, su apoyo recibido en el transcurso de nuestro aprendizaje; por sus palabras de aliento en situaciones difíciles y sobre todo por la confianza depositada en nosotras.

A todas aquellas mujeres que en algún momento han vivido muy de cerca la violencia en su entorno familiar, y luego; con amor, esfuerzo, dedicación, y esperanza en un futuro saludable, decidieron salir de la relación violenta y sobreponerse, emprendiendo una vida libre de violencia.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, nuestro creador y a la vida misma por la oportunidad de seguir esta profesión, a nuestros familiares, maestras y maestros, por el apoyo constante en nuestra formación académica, por compartirnos sus conocimientos y su sentido humanístico, a los médicos responsables, de las dos Instituciones de Salud donde hemos realizado la presente investigación, a las psicólogas y psicólogos, que nos permitieron tener acceso a los datos de las mujeres que han acudido a consulta por haber sido maltratadas por su pareja, gracias por la confianza y apoyo brindado; y de manera muy especial agradecemos a cada una de las participantes de esta investigación, quienes voluntariamente y con una actitud amable nos permitieron conocer hechos de sus vivencias como víctimas de violencia.

## PRESENTACIÓN

**Señor Rector de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa**

**Señor Decano de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación.**

**Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología**

**Señores miembros del jurado evaluador**

Cumpliendo con las normas del reglamento vigente de grados y títulos profesionales de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada **RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO CON LA RESILIENCIA EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL**. Trabajo con el cual pretendemos optar el título profesional de Psicólogas.

Arequipa, octubre del 2019

Bachilleres:

Begazo Miranda, Liz Estilita

Rodrigo Apaza, Elizabeth Sharon

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación de los estilos de apego con la resiliencia de las mujeres víctimas de violencia conyugal, que han acudido a dos centros de salud de la ciudad de Arequipa para recibir tratamiento psicológico en los meses de noviembre del 2018 a febrero del 2019, para ello se siguió un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental transversal, exploratorio. La muestra fue no probabilística, constituida por 40 mujeres, que han asistido al menos dos veces a recibir tratamiento psicológico, para ello se hizo uso del instrumento CAMIR, elaborado por Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meister, Miljkovitch y Halfon, en el año de 1996 y adaptado al Perú por Noblega y Traverso en el 2013 para identificar los estilos de apego; y por el otro lado, para establecer los niveles de resiliencia se ha utilizado la Escala de Resiliencia de Wagnild, G. y Young, H (1993), adaptada a Perú por Novella (2002). Los resultados de la investigación indican que existe relación entre los estilos de apego y los niveles de resiliencia.

## PALABRAS CLAVES

Apego, conducta de apego, vínculo afectivo, resiliencia, violencia conyugal, red de apoyo.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar a relação dos estilos de apego com a resiliência das mulheres vítimas de violência de seus parceiros, que participaram de dois centros de saúde na cidade de Arequipa para o tratamento psicológico nos meses de novembro 2018 a fevereiro 2019, seguiu-se uma abordagem quantitativa, com um desenho não experimental, de corte transversal, exploratório. A amostra foi não probabilística, constituída por 40 mulheres, que participaram pelo menos duas vezes para receberem tratamento psicológico, para este efeito foi utilizado o instrumento CAMIR, produzido por Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meister, Miljkovitch e Halfon, em 1996 e adaptado ao Peru por Noblega e Traverso em 2013, para o estilo predominante deste grupo ; e para a resiliência foi utilizada a escala de resiliência Young e Wagnild, G. Young, H (1993), adaptada ao Peru por Novella (2002). Os resultados da pesquisa indicam que existe a relação significativa entre o estilo de apego preocupado com altos níveis de resiliência.

## PALAVRAS CHAVE:

Apego, comportamento de apego, vínculo afetivo, resiliência, violência conjugal, rede de apoio

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
PRESENTACIÓN.....	iv
RESUMEN.....	v
RESUMO.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	1
INTRODUCCIÓN.....	8

## CAPÍTULO I

### MARCO OPERACIONAL

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo general .....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3 HIPÓTESIS.....	13
4 JUSTIFICACIÓN.....	14
5 LIMITACIONES.....	15
6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	15
7 VARIABLES E INDICADORES.....	16
7.1 Operacionalización de variables.....	17

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.1	A nivel internacional.....	18
1.2	A nivel nacional.....	21
2.	BASE TEÓRICA DEL APEGO.....	22
2.1	Antecedentes del apego.....	22
2.2	Concepto de apego.....	23
2.3	Conducta de apego.....	24
2.4	Modelos Operativos Internos - Base De La Teoría Del Apego.....	25
2.5	Figura de apego.....	26
2.6	Estilos de apego .....	27
2.6.1	Estilos de apego en la infancia .....	27
2.6.2	Estilo de apego adulto. ....	29
2.7	Transmisión intergeneracional de los patrones de apego.....	30
2.8	Evolución en la organización de la conducta de apego.....	30
3.	APEGO Y VIOLENCIA.....	31
4.	BASE TEÓRICA DE LA VIOLENCIA.....	32
4.1	Teorías acerca de la violencia.....	32
4.2	Violencia contra la mujer en nuestro país.....	34
4.3	Tipos de violencia .....	36
5.	BASE TEÓRICA DE LA RESILIENCIA.....	39
5.1	Antecedentes de la resiliencia.....	39
5.2	Concepto de resiliencia.....	46

5.3 Clasificación de la resiliencia .....	48
5.4 Factores asociados a la resiliencia.....	49
5.5 Redes de apoyo.....	49
6. RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.....	50
7. APEGO Y RESILIENCIA.....	54

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA**

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	56
2. SUJETOS.....	57
2.1 Población .....	57
2.2 Criterios de inclusión y exclusión .....	57
2.3 Muestra .....	58
3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS.....	58
3.1 Escala de la resiliencia.....	58
3.2 Autocuestionario de los modelos internos de representación (CAMIR).....	62
4. PROCEDIMIENTO.....	67

### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADOS**

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	69
--	----

**CAPITULO V**

DISCUSIÓN.....	85
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	90

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 01</b>	
<i>Población de Cerro Colorado y Yura.....</i>	<i>57</i>
<b>Tabla 02</b>	
<i>Pacientes de la muestra.....</i>	<i>58</i>
<b>Tabla 03</b>	
<i>Propiedades psicométricas del CAMIR, tomada de Noblega y Traverso.....</i>	<i>64</i>
<b>Tabla 04</b>	
<i>Grupo por rango de edad.....</i>	<i>70</i>
<b>Tabla 05</b>	
<i>Convivencia ¿Vive con pareja?.....</i>	<i>70</i>
<b>Tabla 06</b>	
<i>Redes de apoyo de la muestra.....</i>	<i>71</i>
<b>Tabla 07</b>	
<i>Resiliencia y estilo de apego de la muestra.....</i>	<i>79</i>

## INDICE DE GRÁFICOS

Pág.

### **Gráfico 01**

*Atenciones del CEM a nivel nacional de los años 2018 y de enero a julio del 2019* ..... 36

### **Gráfico 02**

*Tipos de violencia* ..... 37

### **Gráfico 03**

*Pilares de la resiliencia* ..... 44

### **Gráfico 04**

*Distribución Porcentual de los Estilos de Apego de la muestra* ..... 71

### **Gráfico 05**

*Distribución Porcentual de los Niveles de Resiliencia de la muestra* ..... 72

### **Gráfico 06**

*Distribución Porcentual de los Estilos de Apego de acuerdo a ¿Vive con pareja?* ..... 73

### **Gráfico 07**

*Distribución Porcentual de los Estilos de Apego de acuerdo a las Redes de Apoyo* ..... 74

### **Gráfico 08**

*Distribución Porcentual de los Estilos de Apego de acuerdo al Rango de Edades* ..... 75

### **Gráfico 09**

*Distribución Porcentual de los Niveles de Resiliencia de acuerdo a la convivencia ¿Vive con Pareja?* ..... 76

### **Gráfico 10**

*Distribución Porcentual de los Niveles de Resiliencia de acuerdo al Rango de Edades* ..... 77

**Gráfico 11**

*Distribución Porcentual de los Niveles de Resiliencia de acuerdo a las Redes de Apoyo.....78*

**Gráfico 12**

*Niveles de Resiliencia y Estilos de Apego de acuerdo a la convivencia ¿Vive con Pareja?.....81*

**Gráfico 13**

*Niveles de Resiliencia y Estilos de Apego de acuerdo al Rango de Edades.....82*

**Gráfico 14**

*Niveles de Resiliencia y Estilos de Apego de acuerdo a las Redes de Apoyo.....84*

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación, se realiza considerando lo urgente de un tema de salud pública como es la violencia conyugal, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud OMS (2017), por ello se ha considerado datos del Ministerio De La Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), el cual señala que en nuestro país, en el 2017 se han cometido (32%) más feminicidios que en el 2015, además indica que desde enero hasta septiembre del 2017 se han perpetrado 94 feminicidios en todo el país y las tentativas alcanzaron los 175 casos. para el 2018 las cifras se incrementaron y a enero del 2019 el maltrato hacia la mujer continuó siendo mayor, así tenemos que en este mismo mes se han registrado un total de 14 casos de víctimas de feminicidios, donde el 86% fueron en un contexto de feminicidio íntimo y el 14% fueron en un contexto de feminicidio no íntimo, también se registró en este mismo periodo 41 casos de mujeres que se salvaron de morir en manos de sus agresores.

Investigadores en el tema han tratado de comprender los factores que influyen en la relación violenta que se da en las parejas y la permanencia de este vínculo (Brun, 2016), sin embargo a pesar de que la violencia podría deberse a diferentes orígenes: una cultura de violencia con un marcado rol sexual donde las atribuciones del varón predominan sobre la mujer, un nivel socio económico bajo, donde hay mayor probabilidad de consumo desmedido de bebidas alcohólicas que podría desatar la agresión hacia la mujer, entre otros; también es importante tener presente las características personales y las relaciones infantiles tempranas establecidas entre el adulto cuidador y el niño.

Jhon Bowlby, en su teoría del apego, pone en relevancia el vínculo afectivo que surge en el niño y su adulto cuidador durante los primeros años de vida, el cual se prolonga y manifiesta

durante todo el ciclo vital, señala que este vínculo se pondría de manifiesto en las relaciones personales e influiría en la percepción e interpretación de las situaciones vividas, como la relación violenta, donde un apego inadecuado influiría en la permanencia de este tipo de relación.

Por otro lado tenemos que las consecuencias de la violencia son observables y no observables a simple vista en el comportamiento de la víctima, podemos observar signos de depresión, sentimientos de inferioridad, aislamiento, ansiedad, sumisión, agresividad y por otro lado, aún más complejo tenemos el daño que se ocasiona en la mujer a su integridad psíquica, donde la permanencia de las mujeres en este círculo de la violencia dificulta su desarrollo personal, la expresión de sentimientos y pensamientos, el desarrollo de adecuadas relaciones sociales e impide tener una visión optimista acerca de la vida (Gutiérrez y Rodríguez, 2015; Cordero y Teyes 2016). Hay que resaltar también que no todas las personas reaccionan de la misma forma frente a situaciones adversas como la violencia, pues hay algunas personas que viviendo en circunstancias difíciles son capaces de hacer uso de la creatividad y aprenden de las circunstancias adversas para salir adelante, esto es lo que llamamos resiliencia, y es lo que puede estar interviniendo en las mujeres que sufren maltrato por parte de sus parejas para romper con la relación violenta, es por ello que la presente investigación tiene como propósito relacionar los estilos de apego con la resiliencia en mujeres que han sufrido violencia conyugal.

La presente investigación se distribuye de la siguiente manera:

En el primer capítulo se encontrará: El planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, justificación, limitaciones, definición de términos, variables e indicadores.

El segundo capítulo contiene el marco teórico, donde se presentan los antecedentes del estudio y las bases teóricas que sustentan la investigación.

El tercer capítulo, contiene el marco metodológico, el cual contiene el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, los instrumentos empleados, y las técnicas de análisis estadístico utilizadas.

En el capítulo cuarto se presentan los resultados, mostrados en las tablas y gráficos con sus descripciones descriptivas.

El quinto capítulo contiene la discusión, donde se considera resultados en estudios similares para una mayor comprensión de nuestros propios resultados.

Finalmente, tenemos las referencias bibliográficas y anexos que dan soporte a esta investigación, así como también se da a conocer dos casos clínicos.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Ministerio De la Mujer y Poblaciones Vulnerables, mediante sus informes anuales, de los años 2017, 2018 y el mes de enero del 2019 da a conocer que la violencia psicológica hacia la mujer continúa ocupando el primer lugar respecto a los diferentes tipos de violencia.

En Lima, Arequipa, y Junín se reportaron tentativas de feminicidio, donde las denuncias por violencia física representan el 41% y la agresión sexual el 8.1%, además, en este periodo también se reportaron casos de tentativa de feminicidio, que llegaron a 44 contabilizados. De acuerdo a los resultados del Centro de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional, son Lima, Arequipa y Junín los departamentos que reportaron más sucesos de violencia hacia la mujer donde se puso en peligro la vida de una fémina.

Comparando los casos de violencia hacia la mujer por parte de su pareja, en un nivel grave, es decir cuando se ha llegado al feminicidio, tenemos que en los meses de enero tanto del 2018 y del año 2019; es en el presente año que se han registrado una mayor incidencia,

según el MIMP.

Siendo la violencia hacia la mujer por parte de su pareja uno de los problemas más graves y con mayores consecuencias que vivimos en nuestra sociedad en los últimos dos años tal como señalan los informes del MIMP, se ven afectados los integrantes del grupo familiar y principalmente la mujer (cualquiera sea su ciclo vital), dañándose su salud mental de las mismas, por un periodo de tiempo indefinido, pues consideramos que restablecer la salud mental dependerá de varios factores, dentro de ellos la red de apoyo emocional, el estilo de apego que ha desarrollado en su infancia y aún en su etapa adulta, entre otros.

Por lo mencionado anteriormente, esta investigación pretende conocer la relación de los estilos de apego con la resiliencia de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja; se tomó en consideración la teoría de Jhon Bowlby, quien menciona que los estilos de apego influirán en sus posteriores relaciones futuras como es la pareja, por ello planteamos la siguiente pregunta de investigación: *¿Existe relación entre los estilos de apego con la resiliencia de las mujeres víctimas de violencia conyugal que acuden a los Centros de Salud en los distritos de Cerro Colorado y Yura en la ciudad de Arequipa?*.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación de los estilos de apego y la resiliencia en mujeres víctimas de violencia conyugal que asistieron a dos centros de salud en la ciudad de Arequipa.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar los estilos de apego en mujeres víctimas de violencia conyugal que asistieron a dos centros de salud en la ciudad de Arequipa.
- b) Establecer los niveles de resiliencia en las mujeres que han vivido violencia conyugal y que asistieron a dos centros de salud en la ciudad de Arequipa.
- c) Relacionar los estilos de apego y los niveles de resiliencia en las mujeres que han vivido violencia conyugal y que asistieron a dos centros de salud en la ciudad de Arequipa.

## 3. HIPÓTESIS

### 3.1 Hipótesis de la Investigación

Si existe relación entre los estilos de apego y la resiliencia en las mujeres víctimas de violencia conyugal.

### 3.2 Hipótesis Nula

No existe relación entre los estilos de apego y la resiliencia en las mujeres víctimas de violencia conyugal.

#### 4. JUSTIFICACIÓN

Durante la revisión bibliográfica se evidenció la escasez de investigaciones en el país, que estudien y a la vez asocien las variables apego y resiliencia en las mujeres víctimas de violencia conyugal, por lo tanto, esta investigación brindará nuevos aportes a la psicología social y a la psicología clínica, así mismo se dará pie a profundizar este tema en otros estudios similares.

La violencia en nuestra sociedad está considerada como un fenómeno que afecta a los integrantes del grupo familiar, principalmente a la mujer y a los hijos, perjudicando su desarrollo de manera considerable en el área afectiva y comportamental, pues un ambiente con violencia restringe la expresión de las necesidades afectivas (Echeburúa, 2003), de manera especial a los niños, quienes más tarde serán adultos; ya que existe la probabilidad de que el niño incorpore patrones no saludables de comportamientos en su vivencia, las cuales se manifestaran en la adultez y serán dirigidos principalmente a su pareja, aceptando la violencia como algo natural, ya sea como agresor o receptor de esta. En este sentido, vivir en un ambiente de violencia, puede influir en la capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas que viven las personas, manifestándose esto en cifras y modos de agresividad cada vez mayores principalmente hacia la mujer en cualquier etapa de su vida y más aún en las etapas tempranas, es por ello que se hace necesario nuevas propuestas de abordaje a este fenómeno que está presente en nuestra sociedad de forma progresiva.

En el plano sociocultural, nuestra investigación brindará datos reales a considerar en la creación de programas de Instituciones afines comprometidas en la erradicación de la violencia contra la mujer, así tenemos que el estilo de apego predominante en esta población podría estar dificultando a romper una relación violenta y por otro lado tenemos la resiliencia que poseen las mujeres víctimas de violencia conyugal para así fortalecer, fomentar y promover en nuestra sociedad la convivencia saludable.

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Arequipa –Perú, con la participación voluntaria de las mujeres que acudieron a recibir tratamiento psicológico por violencia de parte de sus parejas en dos establecimientos de salud ubicados en los distritos de Cerro Colorado y Yura.

## 5. LIMITACIONES

- ✓ La escasa bibliografía e insuficientes investigaciones que relacionen estilos de apego y la resiliencia en mujeres víctimas de violencia conyugal.
- ✓ La sensibilidad del tema, ya que algunas mujeres se mostraron aun vulnerables a recordar las situaciones de violencia vividas con la pareja.
- ✓ La disponibilidad de tiempo de las participantes de esta investigación, para la aplicación de los instrumentos de evaluación, dificultándose que las evaluaciones se realicen en el día y hora establecida.
- ✓ La accesibilidad a los domicilios de las mujeres víctimas de violencia conyugal, pues muchas de ellas residen en la periferie de los distritos antes mencionados.

## 6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

### 6.1 Apego.

Según Bowlby (citado por Eyras, 2007) la teoría del apego implica la tendencia de establecer lazos íntimos en determinadas personas y esto es considerado un componente básico de la naturaleza humana que se encuentra en el infante de manera embrionaria y que continúa a lo largo de todo el ciclo vital.

### 6.2 Conducta de apego.

Bowlby (1998), señala que la conducta de apego es un tipo de conducta social, donde la proximidad de la figura de apego se convierte en una meta prefijada, en busca de protección.

### 6.3 Vínculo.

Es un lazo afectivo que una persona o animal forma entre sí mismo y otro lazo que los junta en el espacio y que perdura en el tiempo. Bowlby (citado en Anónimo, 2005).

#### **6.4 Resiliencia.**

Según Grotberg (citado por Salvador, 2015) menciona que la resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas.

#### **6.5 Violencia conyugal**

La OMS (citado por Chahua y Gómez, 2018) menciona que la violencia conyugal es: “el comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control”

### **7. VARIABLES**

#### **7.1 Variables principales.**

- Estilos de apego
- Niveles de Resiliencia

#### **7.2 Operación De Las Variables**

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES	NIVEL DE MEDICIÓN
APEGO	Es el vínculo afectivo que se genera entre el niño y su madre o cuidador.	Estilos de apego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prototipo Seguro</li> <li>• Prototipo Preocupado</li> <li>• Prototipo Evitativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferencia parental</li> <li>• Preocupación familiar</li> <li>• Resentimiento de infantilización</li> <li>• Apoyo parental</li> <li>• Apoyo familiar</li> <li>• Reconocimiento de apoyo</li> <li>• Indisponibilidad parental</li> <li>• Distancia familiar</li> <li>• Resentimiento de Rechazo</li> <li>• Traumatismo parental</li> <li>• Bloqueo de recuerdos parental</li> <li>• Valoración de la jerarquía</li> </ul>	Nominal
RESILIENCIA	Capacidad que tienen las personas para superar circunstancias adversas	Niveles de resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto</li> <li>• Moderado</li> <li>• Bajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción personal</li> <li>• Ecuanimidad</li> <li>• Sentirse bien solo</li> <li>• Confianza en sí mismo</li> <li>• Perseverancia</li> </ul>	Ordinal

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

En Chile, Loubat, Ponce y Salas (2007), estudiaron “El estilo de apego en mujeres y su relación con el fenómeno del maltrato conyugal”. La muestra estuvo formada por mujeres que sufren violencia conyugal y otro grupo que no sufre violencia conyugal. Los resultados indican que el grupo de mujeres víctimas de violencia conyugal presentan estilo de apego preocupado, con características que posiblemente influyen en el mantenimiento del maltrato, mientras que el grupo de mujeres que no sufrió violencia poseen un estilo de apego seguro.

En Colombia –Bogotá, se investigó el “Nivel de resiliencia en las mujeres maltratadas por su pareja”, este estudio fue realizado por las investigadoras Estrada, k., y Tobo, M. (2011). El objetivo del estudio fue identificar el nivel de resiliencia en mujeres maltratadas por su pareja. En el estudio participaron 236 mujeres de diferentes procedencias, la mayoría de ellas procedía de Bogotá y el resto provenía de Madrid. Los resultados encontrados

mencionan que hay una correlación positiva entre maltrato en la pareja y resiliencia, es decir a mayor maltrato en la pareja mayor será su resiliencia. Esto significaría que la experiencia de las mujeres en la relación de pareja y su historia de maltrato las ha llevado a desarrollar un aprendizaje positivo.

En Costa Rica, Artavia, C., y Carranza, M. (2012) investigaron los estilos de apego en mujeres que permanecieron expuestas a situaciones de violencia en sus relaciones de noviazgo durante la adolescencia tardía. Este estudio tuvo como objetivo comprender los factores intrínsecos de las mujeres que pueden estar relacionadas con su permanencia en este tipo de relaciones. La muestra estuvo conformada por cuatro participantes. Los resultados encontrados señalan que es el estilo de apego está relacionada con la historia personal de las participantes, también hallaron que el estilo de apego influye en la permanencia de la relación violenta.

En Ecuador - Santa Elena, se investigó “Los estilos de apego en la violencia contra la mujer”, el estudio fue llevado a cabo por el investigador Romero, H. (2015). El objetivo fue determinar el estilo de apego que influye en la permisión de violencia contra la mujer, evaluando el tipo de violencia en las mujeres agredidas por sus parejas afectivas. Los resultados concluyeron que el grupo de mujeres que recibió violencia conyugal en la provincia de Santa Elena, presentan estilo de apego preocupado, caracterizado por una alta preocupación en relación a su contexto familiar actual, un alto traumatismo parental relacionado con las vivencias de experiencias traumáticas durante su niñez.

En México - Michuacán, se investigó “La resiliencia en mujeres moreliananas separadas por violencia conyugal”, el estudio fue realizado por Zalapa, E., García, Y., y Figueroa, G. (2015). El objetivo del estudio fue comprender los aspectos que influyen en las mujeres en situación de violencia a separarse de su agresor y conocer los factores resilientes que la ayudaron a afrontar la separación. En este estudio participaron 7 mujeres con edad promedio

de 45 años (las cuales vivieron violencia durante un matrimonio de 8 a más años), el resultado encontrado menciona que estas mujeres son resilientes porque han afrontado sus miedos, creencias familiares y sociales.

En España–Madrid, se investigó el apego, resiliencia y afrontamiento en víctimas de violencia de género, este estudio fue realizado por la investigadora Cobos, E. (2016). Su objetivo fue analizar las características de la violencia que presentan las víctimas de maltrato en pareja y relacionarlo con las características sociodemográficas, así mismo conocer el papel de una serie de variables (apego, resiliencia y afrontamiento) en relación con la violencia, la psicopatología y ajuste personal asociados al maltrato. El estudio se realizó con la colaboración de 12 psicólogos terapeutas y con 151 mujeres, cuya relación de pareja fue entre 3 y 10 años, las cuales acudieron a los centros públicos especializados en dar apoyo a víctimas de violencia de género en Madrid. Los resultados obtenidos reflejan la presencia de la violencia psicológica en el maltrato, y que son más las mujeres que sufren los tres tipos de violencia (psicológica, física y sexual), que cualquier tipo de violencia de forma aislada. Otro resultado al que llegaron es que las mujeres con mayor gravedad de maltrato comunican más intentos de abandono de relación violenta, son más conscientes del riesgo, cuentan con más antecedentes de maltrato familiar en la infancia, y suelen tener descendencia. Encontraron también que las mujeres que presentan formación académica y trabajos remunerados presentan menor gravedad y no tiene descendencia. Hallaron también, que el estilo de apego preocupado se correlaciona la con la duración de la relación violenta. Con respecto a la resiliencia y apego este estudio no permite tener una idea clara con respecto al apego seguro e inseguro, principalmente por existe altos niveles de resiliencia en el apego resistente o evitativo.

En América Latina, Chile; Guzmán M., Contreras V., Martínez A., y Rojo C. (2016) realizaron una investigación sobre la “Asociación entre los estilos de apego y violencia física

recibida en las relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios”, teniendo como objetivo evaluar la asociación entre los estilos de apego y la violencia física recibida en las relaciones de pareja en jóvenes universitarios. La investigación comparó dos grupos de 372 estudiantes cada uno (n total =744) divididos en función de presencia / ausencia de episodios de agresión física en los últimos años. Los resultados obtenidos mencionan que existe una asociación significativa entre las dos variables, siendo predominante el estilo de apego preocupado en el grupo que recibió violencia y el estilo de apego seguro en quienes no la han recibido.

En Venezuela–Maracaibo, se investigó los “Niveles de resiliencia en las mujeres en situación de violencia doméstica”, este estudio fue realizado por las investigadoras Cordero, V., y Teyes, R. (2016). El objetivo de la investigación fue analizar la resiliencia en las mujeres en situación de violencia doméstica. En el estudio participaron 26 víctimas. Los resultados encontrados mencionan que las mujeres a pesar de enfrentarse a la adversidad y al maltrato, poseen fuentes interactivas generadoras de resiliencia (fuerza interior y apoyo externo).

## **1.2 A NIVEL NACIONAL**

A nivel nacional no se encontraron estudios que relacionen los estilos de apego y la resiliencia en la violencia conyugal, es por ello que mencionaremos investigaciones que tratan el tema por separado.

En La Libertad, las investigadoras Aguilar, P., y Rodríguez, P. (2015) investigaron la “Resiliencia y actitudes frente a la violencia”. El objetivo fue determinar la relación entre resiliencia y actitudes frente a la violencia conyugal. La población estuvo conformada por participantes de 15 años de edad a más, quienes acudieron por casos de violencia conyugal a diferentes Instituciones Públicas durante los meses de abril a diciembre del 2013. Los

resultados obtenidos muestran que, mayor resiliencia, la mujer maltratada presenta un rechazo ante la conducta violenta de su cónyuge, mientras que a menor resiliencia la mujer maltratada presenta una conducta de aceptación frente a la violencia contra la mujer.

En Lima, Caso A. (2017) investigó “El apego adulto y resiliencia en un establecimiento penitenciario de mujeres en Lima, con el objetivo de analizar el apego adulto y la resiliencia de las internas. Los resultados indicaron que hay una relación directa entre la seguridad del apego adulto y la resiliencia. En consecuencia, aquellas personas que poseían una percepción de haberse sentido más queridos por sus figuras de apego, tanto en la infancia como en la actualidad, poseían una mayor resiliencia. Por otro lado, las participantes que poseían recuerdos de haber vivido violencia, amenazas o falta de disponibilidad de sus figuras de apego en sus primeros años de vida poseían menores niveles de resiliencia, así como menor cohesión familiar, recursos sociales disminuidos y una percepción de sí misma negativa; ante esto, la violencia en cualquiera de sus tipos, causa un impacto en la percepción de cohesión familiar ya que su rol como ambiente seguro se ve alterado.

## **2. BASE TEÓRICA DEL APEGO**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL APEGO.**

Jhon Bowlby y Mary Ainsworth, son quienes se han interesado en la relación de madre o adulto cuidador y niño, ambos con base en la corriente psicoanalítica, como señala Betherton (citado por Eyras 2007).

J. Bowlby, pionero esta teoría, al egresar de la universidad de Cambridge, se instruyó en lo que hoy es psicología del desarrollo, y trabajo como médico psiquiatra en una clínica infantil, de Londres, con niños y adolescentes infractores de la ley, hizo observaciones a partir de las cuales cuestiona el enfoque psicoanalítico y particularmente el de Melanie Klein, sin embargo J. Bowlby, reconoció la utilidad del psicoanálisis, a pesar de sus limitaciones. Marrone (citado por Eyras, 2007).

Por otro lado, tenemos a Mary Ainsworth, estadounidense, egresada de la universidad de Toronto, Canadá, realizó estudios junto a Blatz, que lo llevo a reformular las ideas freudianas, dando lugar a la teoría de la seguridad. Blatz (s/a), citado por Marrone (2001), en Eyras (2007), menciona que esta teoría plantea que “el sentimiento de seguridad es lo que posibilita que el niño pueda explorar el mundo, alejarse, aprender y desarrollar sentimientos básicos de eficacia ante posibles dificultades que se le presente”.

**2.2 CONCEPTO DE APEGO.** El concepto de apego, es dado por Bowlby (1989), el cual está presente en muchas investigaciones con la misma esencia, así tenemos que en Eyras (2007):

*El apego es un componente básico de la naturaleza humana, que denota la tendencia innata que tiene todo ser humano a establecer lazos emocionales cercanos con determinadas personas, estos vínculos se establecen con los padres o cuidadores en la infancia, cuando el niño recurre a ellos en búsqueda de protección, consuelo y apoyo (p.22).*

Chamorro (2012), al respecto, afirma también que el apego al ser un vínculo afectivo, implica sentimientos de seguridad asociados a la proximidad y al contacto, y ansiedad ante la pérdida. Bowlby, en consecuencia, aclara que ante las amenazas de perdida y de inseguridad, surge la ansiedad, según Marrone (citado en E. Ortiz s/a).

En esta línea, Moya, Sierra, Del Valle, y Carrasco. (2015) mencionan que el establecimiento de una vinculación afectiva de apego seguro es un proceso clave en la ontogénesis, no sólo porque incrementa la posibilidad de supervivencia en una etapa de vulnerabilidad (durante la infancia), sino porque es un factor promotor de adaptación y ajuste psicológico a lo largo de la vida (Bowlby, 1980).

Jhon Bowlby considera diferenciar los términos apego y dependencia, la cual

mencionaremos a continuación.

A. *Diferencia entre apego y dependencia.* Jhon Bowlby (1998), realiza esta importante diferencia, y señala que el término dependencia usado por psicólogos y psicoanalíticos, tiene que ver con la idea de que el niño depende de la madre porque es una fuente de gratificación fisiológica, indica que depender dista mucho de estar apegado, pues la dependencia se va a dar durante las primeras semanas donde el bebé depende sin dudas de los cuidados de su madre, pero aún no está apegado.

La dependencia indica el grado de subordinación de un individuo para asegurar su supervivencia, tenemos entonces que mientras la dependencia es absoluta desde el nacimiento y va disminuyendo a medida que se alcanza la adultez, el apego todavía no está presente al nacer y solo se pone en evidencia de un modo muy claro después de los seis meses. (p.308). Bajo esta línea se menciona la postura de Freud, quien señalaba que el vínculo entre la madre y el bebé, se dará por la alimentación, y especialmente en la lactancia, sin embargo experimentos realizados por H. Harlow, con monos Rhesus macacos, demostraron que hay mayor tendencia a buscar seguridad y apoyo a figuras que dan calidez, aunque no brinden alimentación, este experimento apoyó la postura de Bowlby al también sostener que el tener una figura de apego cobra importancia al tener que interactuar con otros y especialmente al momento de tener pareja y cuando se convierten en padres, es así que en este experimento las monas alejadas de todo contacto, al tener crías, se mostraron poco maternales e incluso mostraron agresividad hacia sus descendientes.

**2.3 CONDUCTA DE APEGO.** Bowlby (citado por Eyras, 2007) da a conocer que la conducta de apego es “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido, esta conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos, además puede haber una tendencia a

llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”(p.24). Señala también a esta conducta como instintiva, la cual se modificará según el desarrollo de las personas y distintas metas que posea, siendo la meta de la conducta de apego conservar la proximidad o la comunicación con la figura de apego.

Por otro lado, tenemos a Mary Ainsworth, quien realizó múltiples investigaciones que le llevó a inferir que lo más adecuado para un desarrollo óptimo del ser humano es la respuesta sensible del cuidador, que incluye notar las señales del bebé, interpretarlas y responder a ellas adecuada y rápidamente, la falta de la sensibilidad puede deberse a un fracaso en el momento de leer los estados mentales del niño, señala Marrone (citado en Ortiz, s/f). Una postura similar adoptan Papalia, Wendkos y Duskin (2009), quienes señalan que “en los factores que influyen en el efecto del cuidado infantil, el elemento más importante de la calidad del cuidado es el cuidador; las interacciones estimulantes con adultos sensibles son cruciales para el desarrollo cognoscitivo, lingüístico y psicosocial temprano” (p.205).

## **2.4 MODELOS OPERATIVOS INTERNOS - BASE DE LA TEORÍA DEL APEGO.**

Bowlby señala que estos modelos, son esquemas mentales dinámicos que el niño tiene de sí mismo y de su figura de apego, basado en la representación internalizada de las experiencias de sí mismo con los otros, como una autopercepción que le sirve para interpretar las acciones e intenciones de los demás y para la vida adulta. A partir de esa relación el niño aprende sobre si y sobre el mundo, estableciendo Modelos Mentales de relación que influyen de manera importante en su personalidad y posterior comportamiento social (Chamorro, 2012).

Sobre este tema, Marrone (citado en Ortiz, s/f), señala que estos modelos están basados en la experiencia del niño en sus interacciones del día a día, ya sea con sus padres o cuidadores, menciona que estos modelos operativos son complejos, ya que existe la posibilidad de que el niño haya formado modelos operativos de un mismo parentesco en distintos modelos de su historia relacional, en consecuencia la seguridad o inseguridad en el apego

no es una propiedad del niño, sino de la relación niño-cuidador, que posteriormente se internaliza.

## **2.5 FIGURAS DE APEGO.**

**A. Proceso que conducen a la selección de figura.** Bowlby (1998) menciona como el niño elige sus figuras de apego (p. 400).

- ✓ Una tendencia innata a orientarse, mirar y escuchar ciertos tipos de estímulos en lugar de otros, lo cual hace que el bebé desde muy pronto tienda a prestar atención especial a los seres humanos que lo cuidan.
- ✓ El aprendizaje por contacto, que hace que el bebé aprenda los atributos perceptuales, de la persona que le cuida, sea quien sea y aprenda a discriminarla de otras personas y cosas.
- ✓ Una tendencia innata a acercarse a todo aquello que les resulte familiar, lo cual lleva al bebé a aproximarse tan pronto como se lo permita su equipo motriz a figura o figuras que ha aprendido a discriminar.
- ✓ Un cuarto proceso desarrollado es una forma de aprendizaje muy conocida mediante la cual, como resultado de la retroalimentación de determinadas consecuencias de una pauta de conducta, ésta puede intensificarse (reforzarse).

En base a estos procesos, Bowlby (1998), menciona que “casi desde un principio, muchos niños dirigen su conducta hacia más de una única figura, tales figuras no reciben todas el mismo trato y el papel de figura central puede ser cumplido por otras figuras distintas de la madre biológica. Destacando la figura central y subsidiarias. (p. 402).

**B. La figura de apego central y figuras subsidiarias.** Las personas que el bebé elige como la figura de apego central y el número de figuras con las que establece un vínculo dependen en gran medida de la identidad de quien le brinda sus cuidados y de la composición del

hogar en que vive. Considera que en casi todas las culturas las personas en cuestión suelen ser las madres y/o padres biológicos, hermanos mayores y quizás abuelos a quienes probablemente el niño escoja su figura central y figuras subsidiarias.

Estudios realizados por Mary Ainsworth, en este mismo apartado, demuestran que la madre biológica del niño suele ser la figura central, sin embargo ese papel también puede ser asumido con eficacia por otras personas, sin embargo, aunque una madre sustituta puede tener una conducta totalmente maternales hacia el niño, tal vez le sea más difícil que a la madre biológica teniendo en cuenta que los elementos que estimulan la conducta materna y otras especies sugiere que tanto el nivel hormonal posterior a parto, así como también los estímulos que emanan del recién nacido puede ser de gran importancia (Bowlby, 1998).

## **2.6 ESTILOS DE APEGO**

**2.6.1 ESTILOS DE APEGO EN LA INFANCIA.** Consideraremos trabajos realizados por Ainsworth (citada por Barroso, 2014) quien en su investigación de laboratorio llamada “Situación Extraña” en 1978, concluyó que existen diferentes comportamientos en los bebés con sus figuras de apego, a partir de las formas de cuidado, las cuales generaban diversos estilos de apego, sostuvo que los patrones organizados de conducta infantil observados en los momentos de activación del sistema de apego son los indicadores que permitieron identificar los estilos de apego niño- figura de apego. Este experimento dio como resultado los siguientes tipos de apego:

- A. **ESTILO DE APEGO SEGURO.** En este estilo, los cuidadores poseen especial atención en el cuidado del bebé respondiendo a ellos de forma cálida y afectuosa a sus necesidades, sin ser invasivos ni despreocupados, en consecuencia, los niños experimentan bienestar, mostrando iniciativa y gusto por el contacto con sus figuras de apego.
- B. **ESTILO DE APEGO INSEGUNTO – EVITATIVO.** Las figuras de apego de este estilo

son rígidas e inflexibles, mostrando rechazo y/o hostilidad ante la expresión del bebé de sus necesidades, muestran un fuerte abandono de las necesidades afectivas del bebé que pueden ser consideradas por ellos excesivas, derivadas de la debilidad del niño o del capricho de este, o demandas excesivas y abusivas por parte del niño, los niños al amparo de este tipo de figuras según Ainsworth han aprendido bien que en la cercanía o si expresan ante ellas sus necesidades serán rechazados y por tanto no tendrán ningún tipo de seguridad de esta manera.

*C. ESTILO DE APEGO INSEGURO – ANSIOSO AMBIVALENTE.* La figura de apego, en este estilo oscila entre insensible-sensible, siendo estos cambios impredecibles para el bebé. Esta ambivalencia genera una fuerte angustia en los niños, lo que deriva en una profunda hipersensibilidad, así como una exagerada manifestación de las conductas de apego que están activadas casi constantemente. Estos niños están tan atrapados por su angustia de obtener la cercanía del otro, tienen tan activado el sistema de apego que se ven mermados en su capacidad y deseo de exploración.

*D. ESTILO DE APEGO DESORGANIZADO.* Existió un bloque de niños que no encajaba en la tipología de Ainsworth, esto llevó a que más adelante Main y Solomon (1986), como señala Barroso (2014) a crear una nueva categoría; el apego desorganizado.

Los niños con este estilo de apego mostraban fundamentalmente conductas de acercamiento contradictorias (se acercaban a la figura de apego, pero mirando hacia otro lado), mostraban confusión o aprensión en respuesta al acercamiento de la figura de apego y un afecto cambiante o deprimido. Señalan que estos niños colapsan, todo lo que viven es caótico y doloroso que no pueden organizarse para responder de una manera regular. Main y Solomon, indicaron que este estilo se genera en ambientes familiares con padres o cuidadores que han ejercido estilos de relaciones parentales altamente patológicas como consecuencia de haber sufrido experiencias severamente traumáticas [...].

**2.6.2 ESTILOS DE APEGO ADULTO.** Barroso (2014) pone en relevancia los trabajos de Main y su equipo quienes crearon la entrevista de apego adulto (AAI), y un diseño de investigación partiendo de que los procesos representacionales no se pueden ver directamente pero si se puede concluir cómo son estos procesos y estas representaciones a partir del análisis de patrones característicos de narrativa, discurso e imaginación, así como de conducta.

Hazan y Zeifman (citados por Melero, 2008), señalan que las funciones principales del apego son la seguridad y protección, como fue descrito por Bowlby. A pesar de las similitudes entre el sistema de apego infantil y el adulto, las capacidades, necesidades y otras cuestiones evolutivas presentes en un adulto van a marcar una diferencia significativa entre ambos.

Miljkovitch et al., 2005; Pierrehumbert et al., 2002 (citados por Nóblega y Traverso, 2013), menciona los prototipos de apego adulto, según el autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto (CAMIR), que mencionamos a continuación:

A. *PROTOTIPO AUTÓNOMO (ESTILO DE APEGO SEGURO).* Percibe a su familia actual como fuente de soporte, expresando aceptación, gratitud y perdón respecto a sus experiencias pasadas. Experimenta confianza en sí mismo y en otros, expresando sentimientos de manera abierta e involucrándose en relaciones cercanas con satisfacción.

B. *PROTOTIPO DESENTENDIDO (ESTILO DE APEGO EVITATIVO).* Sus memorias evocan situaciones de rechazo e indiferencia, por lo que expresa rechazo frente a sus relaciones pasadas. No confía en su familia actual y no se involucra en las relaciones, aludiendo autosuficiencia e independencia.

C. *PROTOTIPO PREOCUPADO (ESTILO DE APEGO PREOCUPADO).* Los recuerdos de la infancia suelen aludir a situaciones de rechazo e interferencia por parte de los

cuidadores. A pesar de ello, elogia los valores familiares. Presenta envolvimiento familiar, falta de autonomía, preocupación por la familia y temor a ser abandonado.

## **2.7 TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DE LOS PATRONES DE APEGO.**

Papalia, et al. (2009), mencionan que estudios que utilizan el instrumento Adult Attachment Interview (AAI), creado por George, Kaplan y Main, en 1985, han encontrado que la manera en que los adultos recuerdan las experiencias tempranas con sus padres o cuidadores repercute en su bienestar emocional y puede influir en la manera en que responden a sus propios hijos, por ello cita a , Gunnar y Tanaka, 2004; Dozier, Stovall, Albus y Bates, 2001; Pesonen Raikkonen, Keltikanga Jarvinen, Strandberg y Jarvenpaa, 2003; y Slade, Belsky, Aber y Phelps,1999 (p. 194). En este sentido, Bretherton (citado por Papalia et.al., 2011), sostiene que una madre que se apegó de manera segura a su madre o que entiende por qué su apego era inseguro puede reconocer con precisión las conductas de apego, responder de manera alentadora y ayudarlo a que se apegue a ella de manera segura. Sostienen también que es posible romper un ciclo de apego inseguro, por ello las autoras hacen mención a un estudio realizado en Holanda por Klein, Velderman, Bakermans, Kranenburg, Juffer y van IJzendoorn, en el año 2006, con 54 madres primerizas que según la clasificación AAI tenían un apego inseguro se les realizaron visitas domiciliarias en las cuales se les ofreció retroalimentación para mejorar la sensibilidad de la crianza o participaron en discusiones sobre las experiencias de su niñez en relación con el cuidado que ofrecían en la actualidad. Después de las intervenciones esas madres mostraron mayor sensibilidad que un grupo de control que no habían recibido las visitas, las mejoras en la sensibilidad de las madres a las necesidades de los niños tuvieron una influencia considerable en la seguridad de los bebés con temperamentos muy reactivos (con emocionalidad negativa).

## **2.8 EVOLUCIÓN EN LA ORGANIZACIÓN DE LA CONDUCTA DE APEGO.**

Bowlby (1998), menciona que la conducta de apego no desaparece con la infancia, sino que persiste durante toda la vida, se seleccionan antiguas o nuevas figuras y se mantiene la proximidad y/o comunicación con ellas. Mientras las consecuencias de la conducta siguen siendo prácticamente las mismas, los medios para lograr tales resultados son cada vez más diferentes cuando un niño mayor o un adulto mantienen un apego con otra persona, lo hacen diversificando su conducta de tal manera que no solo incluye los elementos básicos de la conducta de apego puesta de manifiesto al final del primer año, sino además una serie cada vez más variada de elementos más complejos (p. 455). Según el propio Bowlby, el apego es un sistema innato y esencial para la supervivencia del individuo y de la especie, que persiste a lo largo de todo el desarrollo humano debido a su potencial adaptativo. Durante la etapa infantil, el niño (a) tiene como figuras de apego principales a sus padres; a partir de la adolescencia se produce un paso gradual de los distintos componentes del apego hacia otras figuras distintas de las parentales; y en la etapa adulta se irán configurando como figuras principales las parejas románticas, mientras que las figuras parentales pasan a funcionar como “figura en reserva”, asumiendo una posición secundaria a la pareja romántica.

## **3. APEGO Y VIOLENCIA**

Bowlby (citado por Amar y Berdugo, 2006), señala que la violencia doméstica ocurre debido a una versión distorsionada de la conducta de apego que se desarrolla en la infancia y que luego es reactivada en la relación de pareja, apoya esta declaración a partir de los estudios retrospectivos con adultos.

Por otro parte, Dohmen (citado por Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012), señalan que el hecho que los niños que hayan tenido estas experiencias en su historia vital no justifica el uso de la violencia ya que son contextos evolutivos diferentes y, también en este sentido Kaufman y Zigler (citados por Gómez y De Paul, 2003), indican que en estos estudios

retrospectivos se pierde información valiosa sobre personas adultas con historias de maltrato que no maltratan a sus hijos, con lo cual no se tiene una perspectiva importante sobre la transmisión del maltrato y lo que provoca una subestimación en los datos obtenidos.

Tenemos también a Loubat, Ponce, y Salas (2007), quienes refieren que se puede suponer que la teoría del apego puede ser de gran utilidad a la hora de explicar la mantención del círculo del maltrato y las dificultades que presentan las mujeres para salir de esta relación nociva, teniendo en consideración los estilos de apego con los cuales las mujeres se relacionan. Consideran relevante el hecho que el estilo de apego formado en la infancia más temprana influiría y se actualizaría en las nuevas relaciones que se establecen a lo largo de la vida, como por ejemplo la elección de pareja, donde la permanencia de la mujer junto al agresor, se podría encontrar un patrón de apego particular, principalmente el preocupado.

#### **4. BASE TEÓRICA DE LA VIOLENCIA**

##### **4.1 TEORÍAS ACERCA DE LA VIOLENCIA**

Para los fines de nuestra investigación, consideraremos las siguientes teorías y posturas que intentan dar una explicación al origen de la violencia.

A) **TEORÍA GENERACIONAL.** Dutton & Golant (citados por De Alencar Rodrigues y Cantera, 2012) señalan que entre los factores que influyen a la violencia contra la pareja están los antecedentes de la historia vital, tanto del agresor como de la víctima, así como los aspectos socioculturales definidos desde el patriarcado. Estos autores plantean que la situación de abandono y rechazo en la infancia no favorecería en su capacidad de gestionar y regular los sentimientos de ira, por lo tanto, existiría una interferencia en el vínculo madre-hijo, refiriéndose a que habría un fallo en la atención y satisfacción de las necesidades del bebé y en el proceso de individuación y separación. Señalan que los hombres que maltratan sienten ansiedad ante la separación por presentar mayor posibilidad de establecer un vínculo dependiente con la pareja. Además, el uso del control hacia su pareja estaría producido para

calmar la sensación del posible abandono.

**B) TEORÍA SISTÉMICA.** Esta teoría plantea que existe una organización familiar donde se presentan dificultades en la comunicación y habilidades sociales. Esta hipótesis tiene en cuenta la propuesta de Perrone y Nannini (citados por De Alencar Rodrigues y Cantera, 2012) al suponer que la violencia no es un aspecto individual sino comunicacional/relacional, dándose que en las situaciones de violencia existiría una incapacidad por parte del sistema familiar para reacomodar una serie de creencias familiares en relación con el entorno que los envuelve, por lo que estos dogmas, al ser cuestionados, son vivenciados como amenazas.

Dentro de esta corriente, Minuchin (2003), señala que la pareja interactúa como en una danza, donde la acción del varón, determina la conducta de su esposa y viceversa. También se hace importante para esta investigación mencionar a Satir (1995), pues señala que todos los miembros de la familia forman parte del problema, y aunque es posible identificar al portador de los síntomas, es necesario analizar las relaciones y las comunicaciones familiares.

**C) PERSPECTIVA DE GÉNERO.** Esta perspectiva tiene en cuenta los aspectos culturales y sociales en la situación de violencia de género. Desde este lugar, la violencia ejercida contra las mujeres se entiende como un abuso de poder dado por la estructura social imperante (Walker, 2004). En este escenario, se tiene la lógica patriarcal que coloca a la mujer en un rol de domesticación y sumisión. De la misma manera, entiende que en la construcción de género intervienen la vivencia y representación de lo que es femenino y masculino más que los aspectos biológicos dados en un momento histórico y social determinado.

**D) MODELO ECOLÓGICO.** Si bien es un modelo poco investigado en el tema de la violencia de género, permite determinar los factores protectores para este fenómeno y en

base a esto, visualizar diferentes niveles (microsistema, exosistema y macrosistema) que interactúan entre sí, el aspecto individual implica la historia vital del sujeto y dinámica familiar, presencia o no de maltrato, el microsistema focaliza su atención el entorno familiar más cercano donde se da la situación de maltrato, el concepto de exosistema está definido por los grupos del vecindario, iglesia (De Alencar Rodrigues y Cantera, 2012).

Cabe mencionar también que uno de los factores que contribuyen a la comprensión de la violencia es la perspectiva ecológica, en la cual, tal como sugería la teoría ecológica de Bonfenbrenner, el abuso y la negligencia reflejan la interacción de múltiples capas de factores que involucran a la familia, la comunidad y la sociedad. (p.400). Así mismo señalan que el maltrato de los padres es un síntoma de una alteración extrema de la crianza del niño, la cual suele ser agravada por otros problemas familiares como pobreza, falta de educación, alcoholismo, depresión o conducta antisocial [...] Sedlak y Broadhurst, 1996; USDHHS, 2004 (citados por Papalia et al. 2009).

#### **4.2 LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN NUESTRO PAÍS.**

A pesar que la violencia ha estado presente desde los orígenes de la humanidad, autores como Garmendia (2016) señala que la toma de conciencia sobre la violencia como problema social y de salud en el Perú se inició a partir del conflicto interno terrorista de 1980 al 2000, por lo que a partir de esta fecha se han tomado como modelos leyes internacionales para reconocer las situaciones de violencia contra la mujer en cualquiera de sus formas (física, psicológica, sexual, estatal, etc.), así tenemos La Convención de Belém do Pará (1994), la cual es la base de la ley 30364 “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar”, que entiende por violencia contra la mujer a: “Cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado y puede suceder en la familia, centros de trabajo, escuelas, instituciones de salud, en la calle

o en cualquier otro lugar”.

Por otro lado, según los Representantes de las Instituciones Integrantes De La Mesa de Trabajo Intersectorial contra el feminicidio – Perú (2015) señalan que el término violencia “basado en género” significa que la violencia se sustenta en creencias, prácticas y estructuras sociales de poder y subordinación que generan discriminación hacia la mujer y le asignan papeles que limitan su desarrollo personal; es decir, se construye desde los estereotipos y roles de género que consideran a la violencia como medio efectivo de poder y control sobre las mujeres, ahora, entendemos que el concepto de género “alude a los distintos roles, responsabilidad y atributos que se asignan a hombres y mujeres en la sociedad como producto de una construcción socio cultural respecto de su sexo biológico” (MIMP, 2012, p.10), entonces, las características atribuidas tanto a la mujer como al hombre son construidas a través de las relaciones sociales propias de cada contexto cultural.

Los organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), OMS, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), muestran su preocupación por salud de las mujeres que sufren violencia, y muy especialmente el impacto de la violencia psicológica, por sus cifras cada vez mayores a nivel mundial, y nuestro país, no es ajeno, pues estadísticamente la violencia contra la mujer es muy alta en el Perú, la cual se encuentra en el rango del 70%, siendo esto constante en los últimos diez años.

Estas cifras se incrementaron gradualmente siendo Arequipa el segundo departamento donde se cometen actos de violencia (de cualquier tipo) contra la mujer, los integrantes del grupo familiar, y personas afectadas por violencia sexual en los CEM como podemos observar en el siguiente cuadro comparativo del año 2018 a julio del 2019.

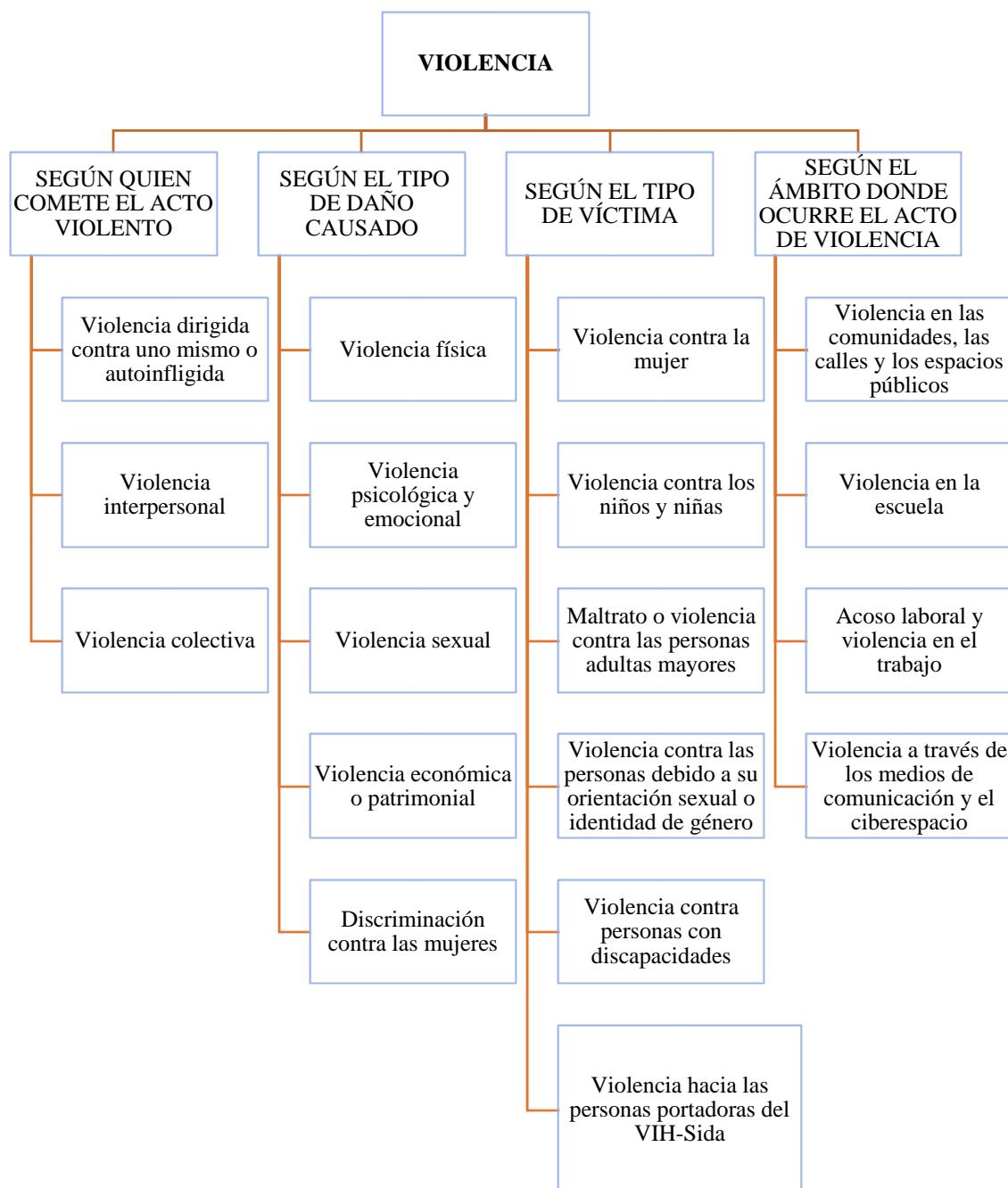
## Gráfico 01

*Atenciones del CEM a nivel nacional de los años 2018 y de enero a julio del 2019*

DEPARTAMENTO	NRO DE CASOS EN EL AÑO 2018	NRO DE CASOS DE ENERO A JULIO DEL AÑO 2019	DEPARTAMENTO	NRO DE CASOS EN EL AÑO 2018	NRO DE CASOS DE ENERO A JULIO DEL AÑO 2019
Amazonas	1,397	1,036	La Libertad	5,039	3,725
Ancash	5,791	5,096	Lambayeque	2,464	2,417
Apurímac	2,436	2,170	<b>Lima</b>	<b>43,266</b>	<b>32,143</b>
<b>Arequipa</b>	<b>12,949</b>	<b>9,103</b>	Loreto	2,700	2,040
Ayacucho	3,554	2,691	Madre De Dios	839	723
Cajamarca	3,622	2,311	Moquegua	938	761
Callao	3,278	2,421	Pasco	1,219	1,052
<b>Cusco</b>	<b>9,255</b>	<b>7,448</b>	Piura	4,340	3,947
Huancavelica	1,643	1,211	Puno	4,702	3,306
<b>Huanuco</b>	<b>3,189</b>	<b>2,724</b>	San Martín	3,674	2,954
Ica	4,642	3,352	Tacna	2,570	1,775
<b>Junín</b>	<b>7,052</b>	<b>5,237</b>	Tumbes	2,202	1,415
			Ucayali	936	610

Fuente: MIMP 2019/ elaboración propia

**4.3 TIPOS DE VIOLENCIA.** Rivera (2017), toma en consideración los tipos de violencia que propone la OMS, y menciona que la violencia tiene muchas facetas y manifestaciones y puede ser ejercida por una diversidad de actores, en diferentes lugares y en diferentes contextos, a una multiplicidad de víctimas, que, en forma resumida, mostramos el siguiente gráfico.

**Gráfico 02***Tipos de violencia*

Fuente: adaptado de la OMS- OPS, tomado de Rivera (2017)

Para los fines de la presente investigación definiremos algunos de los tipos de violencia, teniendo en considerando los criterios establecidos en la ley 30364, que contempla en su artículo No 8.

*A) Violencia física.* Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación.

*B) Violencia psicológica.* Es la acción o conducta que tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. El daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo.

*C) Violencia sexual.* Son acciones de naturaleza sexual que se cometan contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

*D) Violencia económica o patrimonial.* Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de:

- ✓ La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- ✓ La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales

- ✓ La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias.
- ✓ La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

## **5. BASE TEÓRICA DE RESILIENCIA**

### **5.1 ANTECEDENTES DE LA RESILIENCIA**

La resiliencia ha existido desde tiempos de antaño, los historiadores en sus escritos han plasmado el modo de vida de las personas y las comunidades que han tenido que enfrentarse a las situaciones adversas. En las últimas décadas la resiliencia se ha ido estudiando de forma científica.

El concepto de resiliencia se introduce a la psicología a partir de los años ochenta con los estudios de Werner y Smith (1982), en esta época predominaba el concepto de vulnerabilidad (Uriarte, 2005).

El estudio de la resiliencia se dividió en generaciones de investigaciones:

En la primera generación, el concepto de resiliencia se define como la capacidad del individuo de enfrentarse, sobreponerse y salir fortalecidos de la adversidad. Los investigadores centraron sus estudios en la población infantil que vivía en situación de riesgo. La investigación más importante dentro de esta generación fue de las psicólogas Emmy Werner y Ruth Smith (Gil, 2010).

En 1955 Werner hizo un estudio longitudinal con 698 niños recién nacidos de la isla Kauai en el archipiélago de kawai, este estudio tenía como finalidad analizar las condiciones de nacimiento, condiciones físicas, circunstancias sociales y psicológicas en las que se desarrollaron estos niños. La premisa original de su tesis era comprobar que los niños que

habían nacido bajo condiciones desfavorables tenían mayor probabilidad de padecer trastornos de aprendizaje, enfermedades físicas y psicológicas, así también mayor posibilidad de caer en la delincuencia y tener problemas de adaptación que aquellos niños que se habían desarrollado en ambientes seguros. Werner, realizó un seguimiento con 201 niños cuyas condiciones eran desfavorables y encontró que 129 niños si tenían problemas serios, lo que sorprendió a la investigadora fue que 72 de los niños restantes se las había arreglado para tratar sus dificultades de la infancia. En la adolescencia esos niños no presentaban problemas de comportamiento ni de aprendizaje, además tenía un auto control sobre sus emociones y en la adultez se convirtieron en personas maduras, con confianza en sí mismos (Sevilla, 2014).

Las autoras Werner y R.S. Smith a estos niños los llamaron resistentes al destino, siendo su característica común en todos ellos la resiliencia, según estas autoras el proceso de resiliencia había operado en ellos en cuanto se habría dado algunas circunstancias: recibieron educación formal, procedían de familias poco numerosas con nacimientos espaciados, habrían sido atendidos por una persona particularmente afectuosas que les acepto incondicionalmente y les hizo sentirse personas valiosas, podían encontrar sentido a la vida, poseían locus de control interno (Uriarte, 2005). A partir de este primer estudio surgen una serie de investigaciones que evidencia la existencia de factores protectores y de riesgo (García y Domínguez, 2013).

Los investigadores de esta primera generación llegaron a la conclusión de que la resiliencia está basada en un conjunto de características individuales o personales como son la empatía, afectividad, humor, competencia, autonomía, entre otros; así también empiezan a considerar los factores externos como el apoyo de un adulto significativo y la familia (Gil, 2010).

En la segunda generación los investigadores desplazan su foco de atención desde las características específicas del individuo hacia el entorno, en este último se colocan mayor interés. El tema de resiliencia se amplía en dos aspectos: el primer aspecto es que la resiliencia se empieza a estudiar como un proceso dinámico, donde las influencias del entorno y las características del individuo se interactúan recíprocamente permitiendo a la persona adaptarse (Sevilla, 2014) y en el segundo aspecto se buscan modelos para promover la resiliencia en forma efectiva a nivel de programas sociales (García y Domínguez, 2013).

Rutter (citado por Gil, 2010) menciona que la resiliencia es un proceso que cambia con el tiempo, por tanto, no está estática. El autor mostraba su oposición a que algunas personas sean llamadas resilientes sin tener en cuenta la perspectiva diacrónica. También argumenta que para analizar la resiliencia hay que tener en cuenta factores de protección, factores de riesgo y la diversidad de las personas, esto hay que tomarlo en consideración a la hora de elaborar y aplicar programas de resiliencia.

Grotberg (citado por Gil, 2010) propone cambiar de nombre a los factores de protección y llamarlos factores de resiliencia y estos factores se dividirían en fortalezas internas desarrolladas: “yo tengo” apoyo externo o social, “yo soy/yo estoy” fortaleza interna o recursos personales y “yo puedo” habilidades y estrategias de afrontamiento.

#### ***yo tengo***

Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente. Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas. Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder. Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo. Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

<b><i>yo soy</i></b>
Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño. Una persona feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto. Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
<b><i>yo estoy</i></b>
Dispuesto a responsabilizarme de mis actos. Seguro de que todo saldrá bien.
<b><i>Yo puedo</i></b>
Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan. Buscar la manera de resolver mis problemas. Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien. Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar. Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Cyrulnik (citado por Pinto, 2014) menciona la importancia de tener el apoyo de una figura significativa, ya que este apoyo permitirá afrontar la adversidad. Para este autor, la resiliencia surge en la interacción con figuras significativas y se va desarrollando en el transcurso del tiempo. La figura significativa es denominada por el autor como “tutores de la resiliencia”. Para las personas que han sufrido situaciones adversas los tutores de la resiliencia significan iniciar otro tipo de desarrollo en un contexto emocional y social positivo; estos tutores pueden ser reales o imaginarios, cuya función sería el promover la confianza y la autoimagen positiva.

Henderson y Milstein (citado por Gil, 2010), tomaron como base los estudios de Grotberg y de otros autores para desarrollar un modelo llamado “rueda de la resiliencia”, la cual consta de seis pasos para construir resiliencia en las escuelas. Los pasos son los siguientes: enriquecer los vínculos (primer paso), fijarse límites claros y firmes (segundo paso), enseñar habilidades para la vida (tercer paso), brindar afecto y apoyo (cuarto paso),

establecer y trasmitir expectativas elevadas (quinto paso), brindar oportunidades de participación significativa (sexto paso). Los tres primeros pasos están diseñados para mitigar los factores de riesgo del ambiente y los tres últimos están diseñados para construir resiliencia.

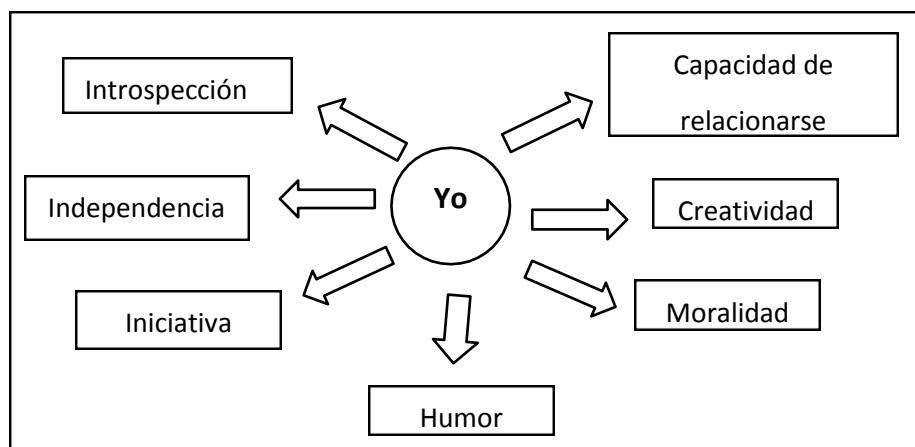
Para Vanistendael (citado por Gil, 2010) la resiliencia tendría dos componentes: resistencia frente a desgracia que sería igual a la capacidad para proteger la propia identidad bajo tensión y la otra sería la capacidad de construir un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles o delicadas. El autor construye una metáfora llamada la “casita de la resiliencia”, con la cual trata de explicar cómo se construye esta capacidad: en los cimientos están: las necesidades básicas (vivienda, ropa, alimentación y sueño), también está el vínculo y el sentido (aceptación de la persona como ser humano, por lo menos una persona), este sería uno de los elementos centrales de la resiliencia (Ccasa y Zapana, 2018). En la planta baja estaría: el descubrir un sentido, la construcción del sentido es un proceso que demanda proyectarse a futuro, responsabilizarse de sus acciones y tener la capacidad de esperar. (Ccasa y Zapana, 2018). En el primer piso, que cuenta con tres habitaciones estarían: la autoestima y los valores, el desarrollo de aptitudes y competencias para la vida, y el sentido del humor y creatividad. En el techo estarían las nuevas experiencias por descubrir (Gil, 2010).

Los autores Wolin Y Wolin (1993) desarrollaron un modelo de esquema llamado “siete pilares de la resiliencia” este modelo esquematiza las cualidades de la persona resilientes, además los autores representan estas cualidades en una figura llamada “mándala de la resiliencia” (Mateu, García, Gil y Caballer, citados por Gonzales, Zúñiga, Aguilón y Jiménez, 2017).

### Gráfico 03

*Pilares de la resiliencia*

**Siete Pilares De Resiliencia**



Pilares de la resiliencia, en el centro se sitúa el individuo y alrededor del surgen las siete cualidades

Fuente: Wolin S.J Y Wolin (1993)

A continuación, se explicará cada una de las cualidades que se mencionan.

- **Introspección.** Es la observación de nuestros pensamientos, emociones comportamientos. Con ella conocemos lo que somos, nuestras aptitudes y limitaciones, entre más conocimiento tengamos de nosotros mismos mejor sería el enfrentamiento a la adversidad (Gonzales et al, 2017).
- **Capacidad de relacionarse.** Es la capacidad de establecer lazos íntimos y satisfactorios (Vargas y Montalvo, 2017). aquí estarían los atributos tales como las habilidades sociales y la empatía (Gonzales et al., 2017).

- **Independencia.** Se refiere a la capacidad de mantener distancia física y emocional, sin llegar a aislar de los demás (Gonzales et al, 2017).
- **Humor.** Capacidad de encontrar lo divertido en la tragedia (Vargas, y Montalvo, 2017).
- **Creatividad.** Capacidad de crear orden y belleza. En la infancia se expresa en la creación de los juegos, en donde se expresan sus miedos, soledad, rabia y desesperación ante la adversidad (Gonzales et al, 2017).
- **Iniciativa.** Se refiere hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre estos mismos (Vargas y Montalvo, 2017).
- **Moralidad.** Se refiere a la capacidad de comprometerse con los valores sociales y diferenciar entre lo bueno y lo malo (Gonzales et al, 2017).

Para Melillo, Soriano y Méndez (citado por Brun, 2016) la autoestima y el pensamiento crítico también formarían parte de los pilares.

- **Autoestima consistente.** Es la base de los demás pilares y sería producto de diversos factores interviniéntes.
- **Pensamiento crítico:** Es la combinación de los anteriores pilares, permite analizar críticamente la situación adversa a la cual se enfrenta. Este pilar es de segundo orden.

Las investigaciones de esta generación fueron influenciadas por el modelo ecológico de Bronfenbrener. Los científicos reconocieron el papel importante de los sistemas: familia, servicios, grupos y comunidades (Pinto ,2014). Para los autores Suárez y Melillo (citado por Pinto ,2014) la resiliencia es un producto de la interacción entre la persona y el ambiente (acceso a cuidados tempranos, acciones profesionales, entre otros).

Debido a la importancia que tuvo en entorno en esta generación, se desarrollaron investigaciones relacionados con los recursos comunitarios y culturales, más específicamente algunos autores como Chandler y Lalonde (1998) acuñan el concepto de

resiliencia cultural (Pinto, 2014).

## 5.2 CONCEPTO DE RESILIENCIA

El concepto de resiliencia antes de los años ochenta solo era empleado en el campo de la física, para referirse a las propiedades de la materia, posteriormente con los trabajos de Werner el término fue introducido a las ciencias sociales, y este concepto se utilizó para referirse a la capacidad del ser humano para enfrentarse y sobreponerse a las situaciones adversas.

En la actualidad, el concepto de resiliencia se emplea en diferentes contextos: el educativo, el organizacional, el social o comunitario, el deportivo y el clínico. Así también es utilizado en área de la ecología, ingeniería y la economía. “Existen por la tanta definición de resiliencia en las distintas disciplinas cada una con sus propias matices” (Pinto, 2014: 20).

Para los autores Wagnild y Young (1993) la resiliencia es “un rasgo de la personalidad que modela el estrés negativo y fomenta la adaptación” (p.6). Esta característica tiene cinco componentes que se interrelacionan. Estos componentes son: ecuanimidad, perseverancia, autoconfianza, satisfacción personal y soledad existencial.

Para Grotberg (citado por Sánchez, 2015) la resiliencia es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas” (p.104).

Según Vanistaendel (citado por Uriarte, 2005) la resiliencia es una capacidad universal que esta presentes en todos los seres humanos, esta cualidad se presenta en las situaciones difícil o contextos desfavorables (guerras, violencia, desastres, maltratos, explotación) y sirve para hacerles frente y salir fortalecidos e inclusiva transformados por la experiencia.

Para el autor Rutter (citado por Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997) la resiliencia es una combinación de los procesos intrapsíquicos y del ambiente que permiten al individuo

vivir sanamente, pese a vivir en un ambiente peligroso. Esta capacidad se va desarrollando a través del tiempo. La resiliencia no es innata, sino que es un producto de las interrelaciones del ambiente (familiar, social, cultural) y de los atributos de la persona.

Para Cobos (2016) la resiliencia es una combinación de los factores de protección y factores riesgo. Según Rutter (citado por Kotliarenco et al., 1997), “Un factor protector alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran las respuestas de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo” (p.20). Los factores de protección son aquellos que van aminorar los efectos negativos de la exposición de riesgo (Benard, 2004; Rutter; 2007; Uriarte, 2006, citados por Aguiar y Acle, 2012) y para ello van a modificar las respuestas del individuo en un sentido más adaptativo (Wolkind y Rutter, citados por Kotliarenco et al., 1997). Para Cobos (2016) estos factores de protección pueden ser los aspectos del individuo como: las características biológicas (temperamentos, etc.), psicológico (habilidades comunicativas /afectivas / cognitivas, autoestima, capacidad de pedir ayuda, tolerancia a la frustración y autonomía), también menciona que el entorno familiar es un factor de protección externo (brinda un apoyo incondicional, poseer creencias sobre la unidad familiar en tiempos difíciles, estrategias de afrontamiento eficaces, entre otros). Los factores de riesgo podrían proceder del entorno social o comunitario (pobreza, guerras, desastres, violencia), del ambiente familiar (padres alcohólicos, maltrato infantil y etc.) y de factores individuales (enfermedades crónicas).

Según Kotliarenco et al. (1997), los factores de riesgo y protección están ligados a las características de las personas, esto quiere decir que las personas les confieren un significado a un acontecimiento estresor, y esto dependería de las capacidad emocional y cognitiva de los sujetos. Rutter (citado por Kotliarencon et al., 1997), menciona que “una misma variable puede actuar bajo distintas circunstancias, tanto en calidad de factor de riesgo como de protector” (p.12). Según Cobos (2016) estos factores permanecen en estado

de interacción, así también van depender del contexto e interpretación y significado que le dé el sujeto. Además, las variables mencionadas van establecer relaciones complejas con el entorno (social, familiar, cultural y comunitario) y en función a los resultados de la interrelación entre cada variable, sería posible en mayor o menor medida hacerle frente a la adversidad, sobreponer y salir fortalecido de la situación.

Para entender mejor el concepto de resiliencia es necesario definir tres nociones: adversidad, adaptación positiva y proceso resilientes. Para los autores Luthard y Cicchetti (citado por Sevilla, 2014) la adversidad es “Las circunstancias negativas de la vida que se sabe que están estadísticamente asociadas con dificultades de ajuste” (p.7). El término de adversidad también puede ser definida de manera objetiva mediante el uso instrumentos de medición y subjetivamente a través de la percepción de cada individuo. Para Estrada y Tobo (2011) la adversidad puede ser definida como un conjunto de factores de riesgo. El segundo término es la adaptación positiva. Los autores Luthard y Cicchetti (citado por Sevilla, 2014) definen este término como la “competencia social manifestada conductualmente o al éxito en las tareas de desarrollo de una etapa destacada” (p.8). Los autores Estrada y Tobo (2011) consideran que hay una adaptación positiva cuando el sujeto ha alcanzado las expectativas sociales, expectativas que van de acuerdo a cada cultura y a cada etapa de desarrollo.

El último término es el proceso, este hace referencia a la dinámica de factores de riesgo y factores resilientes, como pueden ser los familiares, sustancias bioquímicas, factores fisiológicos, cognitivos y entre otros (Melillo y Suárez, citado por Sevilla, 2014).

### **5.3 CLASIFICACIÓN DE LA RESILIENCIA**

**A) RESILIENCIA INDIVIDUAL.** Es la capacidad que tiene el individuo para enfrentarse a la adversidad y sobreponerse. Incluye ciertos aspectos como son los psicológico, fisiológico, emocional y actitudinal (Dyery y McGuinnes, 1996; Resnick, Gwyther y

Roberto, 2011 (citados por Pinto, 2014).

**B) RESILIENCIA FAMILIAR.** Es la capacidad que tiene la familia para responder de forma positiva a las situaciones adversas y/o difíciles, sobreponerse a ellas y salir fortalecidos e inclusive los individuos puede salir con mayores recursos y mayores niveles de confianza (Simon, Murphy y Smith, 2005, citado por Pinto, 2014).

**C) RESILIENCIA COMUNITARIA.** Son un conjunto de capacidades, habilidades y conocimientos que poseen los miembros de la comunidad para afrontar a la situación de desastre, además dicho conjunto va a permitir que los sujetos miembros de la comunidad se recuperen con éxito. Coles y Buckle (citados por Sevilla ,2014).

#### **5.4 FACTORES ASOCIADOS A LA RESILIENCIA**

De acuerdo a la American Psychological Association (2019), se puede señalar:

- ✓ Tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia. Relaciones que emanen amor y confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos y seguridad.
- ✓ La capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- ✓ Una visión positiva de sí mismos, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- ✓ Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- ✓ La capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes

#### **6. REDES DE APOYO**

Las redes sociales juegan un rol importante en el proceso de salida de las mujeres víctimas de violencia, ya que esta red de apoyo proporciona sustento material, emocional y moral (Brun ,2016).

Cuando la red de apoyo es débil o no existe, el proceso de salida de la relación violenta es difícil, la permanencia en esta relación se perpetua y se acrecienta el aislamiento de la

víctima (Mariana, 2015).

Es necesario mencionar que el hecho de tener redes sociales no es igual a tener redes de apoyo. Para que una red social se convierta en una red de apoyo es esencial que las personas que lo integran o que lo conforman sean sensibilizadas en esta problemática de violencia contra la mujer y tengan la motivación, la habilidad para proporcionar soporte a las víctimas, según Fernández (citado por Brun 2016).

Brun, (2016) se menciona que en los relatos de las entrevistas existe una red de apoyo primario conformada por la familia, amigos y vecinos a quienes se les cuenta primero el problema y solo cuando esta red primaria es incapaz de brindar una adecuada respuesta la mujer recurre a las instituciones formales. Según los estudios de OPS (citado por Brun, 2016) señala que la mayoría de las mujeres hablan de su problema a las personas más cercanas a ellas como su madre, hermanas, amigas y esto con el fin de desfogarse.

## **7. RESILIENCIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA**

Actualmente, existe más estudios de resiliencia realizados con niños y adolescentes, que, con adultos y adultos mayores, por tanto, hay pocos estudios que informen sobre la resiliencia y mujeres víctimas de violencia. Los investigadores internacionales recomiendan que se priorice los estudios en violencia de género, ya que la resiliencia es una perspectiva interesante para la valoración y tratamiento de la mujeres, niñas y niños que sufren violencia (Brun, 2016).

La violencia hacia la mujer es un fenómeno universal, no diferencia religión, cultura, etnia, ni nivel socioeconómico. Este tipo de violencia es el más común en nuestra sociedad, incluye los ataques físicos, psicológicos y sexuales. La violencia hacia la mujer contribuye de forma negativa a la salud de la víctima. Muchas sociedades prohíben este tipo violencia, pero estos hechos se encubren y se toleran (Zalapa et al, 2012).

Las consecuencias de la violencia son observables en el comportamiento de la víctima: la depresión, los complejos de inferioridad, aislamiento, ansiedad, sumisión, agresividad. La permanencia de las mujeres en este círculo violencia dificulta el desarrollo personal, la expresión de sentimientos y pensamientos, el desarrollo de adecuadas relaciones sociales e impide tener una visión optimista acerca de la vida (Gutiérrez, Rodríguez, 2015; Cordero y Teyes, 2016).

En las investigaciones realizadas por las autoras Aguilar y Rodríguez (2015), se encontraron que las mujeres maltratadas que rechazaban las conductas violentas de su pareja, tenían mayor resiliencia, en cambio las mujeres maltratadas que aceptaban la violencia de su conyuge tenían una menor resiliencia.

Hay que resaltar que no todas las personas reaccionan de la misma forma frente a la adversidad, hay algunas personas que viviendo en circunstancias adversas son capaces de hacer uso de la creatividad y aprenden de las circunstancias adversa para salir adelante, rompiendo con el círculo de violencia.

Según las investigaciones de Estrada Y Tobo (2011) las mujeres que han sufrido violencia tienen mayores niveles de resiliencia, es decir que la experiencia vivida y su historia de maltrato, las ha llevado a tener un aprendizaje positivo, volviéndose resilientes, estas mujeres son capaces de buscar alternativas para evitar el maltrato.

En las investigaciones realizadas por López y Calvete (citado por Brun, 2016) mencionan que las mujeres sobrevivientes a la violencia de parte de sus parejas, fueron capaces de utilizar factores personales y factores externos. En los factores personales estarían: el ejercicio físico, el recuperar el control de sus vidas, el redescubrimiento de ellas mismas, el sentido del humor, la creatividad, el optimismo, la introspección, el desarrollo de proyectos y metas. En los factores externos, las sobrevivientes han hecho uso del apoyo social tanto formal e informal. Los hallazgos encontrados indican que los factores tanto externos como

internos están relacionados entre sí y aportan al desarrollo de la resiliencia.

En el estudio realizado en la ciudad de Maracaibo por las investigadoras Cordero y Teyes (2016) menciona que las mujeres en situación de violencia, fueron capaces de hacer uso de factores internos (confianza en sí mismas, fuerza interior) y de factores externos (personas en las cuales confían e instituciones). Los resultados obtenidos de esta investigación señalan ambos factores son importantes fuentes para generar la resiliencia, el cual se convertirse en un escudo protector contra la adversidad.

Young (citado por Brun, 2016) realizó una investigación sobre resiliencia en el proceso de salida de la violencia, su objetivo fue explorar la resiliencia y los factores de crecimiento de las mujeres que habían salido de la violencia hace un año o más. La resiliencia se midió en distintas ocasiones: durante el proceso de tomar la decisión de abandonar o permanecer en la relación. El estudio concluyó que la resiliencia se manifestó en la toma de confianza en sí mismas; en otras palabras, la resiliencia influyó en la toma de la decisión de abandonar a la pareja.

La salida de las mujeres de la violencia, es debido a poseen la capacidad de resiliencia, lo cual es el producto de la conjugado los recursos personales y del ambiente (red social de apoyo). En la interacción de estos recursos o atributos se va constituyendo los factores resilientes tales como: autoestima, determinación para salir del maltrato, responsabilidad, sociabilidad, autoconfianza curiosidad, la espiritualidad y el optimismo (Gonzales, 2015). Los factores se integran y relaciona entre sí de manera sinérgica propiciando la ruptura de la violencia (Brun, 2016).

Durante el proceso de salida de la violencia, las mujeres hicieron una introspección y autoconsciencia, esto les permitió reflexionar acerca de si mismas, preguntándose cómo pudieron soportar tanto, como pudieron justificar tanto maltrato, estos dos procesos actúan

de manera indistinta en cada mujer. Los procesos de introspección y autoconsciencia son importantes para visualizar la situación por la cuales se está atravesando y para producir cambios en la situación (Gonzales 2015 y Brun, 2016).

Arango (citado por Brun, 2016) menciona que la salida de la relación violenta es una decisión personal y una vez que se toma esta decisión, la mujer enfrenta a un proceso doloroso largo y difícil. La autora menciona que para atravesar este proceso es necesario comprender el problema, abandonar la identidad de víctima y hacer una revisión del estereotipo de género con la finalidad de reconstruir la propia identidad.

La esperanza ayuda a las mujeres víctimas de violencia a continuar hacia delante a pesar de las situaciones adversas por las cuales atraviesan (Brun, 2016). Las mujeres que han desarrollado resiliencia y son sobrevivientes al maltrato de sus conyugues, reconocen y aceptan que han vivido violencia, se sienten orgullosas de los logros alcanzados, confían en sus propias capacidades, son capaces de enfrentarse y sobreponerse a la adversidad, fortalecen sus mecanismos de auto protección y su autoestima, así también son capaces de manejar de manera positiva sus emociones son capaces de buscar y pedir ayuda (Gutiérrez, Rodríguez y Gonzales, 2015).

Los Autores Cala, Barberá, Bascón, Candela, Cubero, Cubero y Vega (citado por Brun, 2016) han realizado investigaciones sobre las estrategias que utilizan las mujeres víctimas de violencia para protegerse y para salir del maltrato, habiendo identificado que existen diferentes comportamientos que van desarrollándose durante el proceso de salida. A inicios las tácticas que utilizan son de adherencia hacia su maltratador, esta estrategia apunta a que no se desate la furia de su pareja. Estos comportamientos pueden ser interpretados como actitudes pasivas. La mujer a medida que va recuperando el control de su vida, va haciendo un cambio de estrategia el cual es el desprendimiento emocional de la pareja y empoderamiento en la ruptura de la relación. Las mujeres desarrollan estrategias con el

único fin de poder vivir para ellas y ser ellas mismas. estas tácticas van incluir la auto afirmación por oposición de su pareja violenta, la recuperación de sus redes sociales y el quererse y escucharse.

## **8. APEGO Y RESILIENCIA**

La relación que se tiene en la infancia con los cuidadores son la base esencial para las demás relaciones que se tengan en nuestra vida, este vínculo que se establece provee de elementos para el desarrollo emocional, fisiológico, cognitivo y social, según Moneta (citado por González y Paredes, 2017). El cuidador tiene la función satisfacer las necesidades materiales (biológicas, de salud, vivienda, vestido) y necesidades de afectivas del infante (González y Paredes, 2017).

Barudy (citado por Estrada y Tobo, 2011) señala que la resiliencia va depender de los buenos cuidados y de la relación afectuosa que se da en la etapa de la niñez y con ello el niño se siente aceptado y valorado, esto a largo plazo permite que el niño se convierta en un adolescente, un adulto mentalmente sano y seguro. El autor Azar (citado por González y Paredes, 2017) mencionan que las relaciones sanas aumentan la autoestima, permite desarrollar estabilidad emocional de los niños y así también permite el desarrollo de la capacidad para enfrentar a la adversidad.

Bowlby (citado por Moneta, 2014) señala que la capacidad de resiliencia del niño se vería influida por el patrón de apego o el vínculo que se establece durante los primeros años de vida con los cuidadores. En este sentido, Cyrulnik (2002) señala que los cuidado y el afecto que le brinda la familia al niños durante sus primeros años de vida, permitiría la formación de la capacidad para resistir a la adversidad y sobreponerse .el autor menciona que todos pueden desarrollar resiliencia, y los niños que han sufrido maltrato y abuso no son la excepción también pueden desarrollar resiliencia si cuentan con el apoyo de los tutores afectivos (como son personas o las instituciones especializadas) las cuales les brinde apoyo.

Las autoras González y Paredes (2017) señala que no se puede hacer una relación unidireccional entre apego seguro y resiliencia, puesto que hay evidencias que nos revela una muestra de persona resilientes que ha sido víctima de malos tratos extremos, las investigadoras sugieren que se continúe las investigaciones con las variables ya mencionadas.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

#### 1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación pertenece al paradigma cuantitativo, ya que se centra en fenómenos y hechos observables, donde se estudiará la relación de dos variables cuantificables (Bellido, 2013: 179). Es no experimental, porque no se hará variar en forma intencional variables independientes para su efecto sobre otras variables, pues se observará los fenómenos tal como se den en su contexto natural para analizarlas. Es transversal o transaccional ya que se estará recolectando los datos en un solo momento y tiempo único; y es exploratoria porque comenzaremos a conocer variables poco estudiadas a nivel nacional y regional en una muestra compuesta por mujeres víctimas de violencia conyugal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014:155).

## 2. SUJETOS

**2.1 POBLACIÓN.** La población del presente estudio, considerando a Hernández et al. (2014), está dada por todas las mujeres de la ciudad de Arequipa que han sufrido violencia conyugal (por parte de su pareja), y que han realizado la denuncia correspondiente ante las instituciones gubernamentales de justicia, las cuales han ordenado su atención correspondiente en el servicio de psicología de las Instituciones de Salud Pública, entre los meses de octubre del año 2018 y febrero del año 2019.

Esta investigación se mostró interesada en considerar a toda la población, más al no ser posible estudiarla en su totalidad, al ser demasiado grande (Bellido, 2013), identificamos como población accesible a los distritos de Cerro Colorado y Yura de la ciudad de Arequipa.

**Tabla 01**

*Población de Cerro Colorado y Yura*

<b>PACIENTES DE CERRO COLORADO Y YURA</b>	<b>TOTAL</b>
Pacientes de Cerro Colorado.	50
Pacientes de Yura.	15
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>

### A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN E INCLUSIÓN PARA ESCOGER LA MUESTRA.

a) *Criterios de exclusión.*

- ✓ Mujeres víctimas de violencia que les dificulte expresarse en el idioma español
- ✓ Mujeres víctima de violencia que se muestren aun susceptibles a este tema.

b) *Criterios de inclusión.*

- ✓ Las participantes de esta muestra deben tener como perfil principal haber sido víctimas

de violencia por parte de su pareja.

- ✓ Mujeres víctimas de violencia cuyas edades sean mayores de 25 años y menores de 45 años.
- ✓ Que las participantes de la muestra hayan asistido por lo menos dos veces a recibir orientación psicológica.

**2.2 MUESTRA.** La muestra del estudio es no probabilística ya que en la elección de los procedimientos no es necesario ni se basa en fórmulas de probabilidad (Hernández et al., 2014: 176). Son 40 las mujeres que responden a los requerimientos de esta investigación, por lo que podemos mencionar que el muestreo es intencional (Bellido, 2013: 249). Las participantes acudieron a recibir terapia psicológica, en un centro de salud mental comunitario de Cerro Colorado y un Centro de Salud de Yura, en la ciudad de Arequipa.

### **Tabla 02**

*Pacientes de la muestra*

MUESTRA	TOTAL
Pacientes de Cerro Colorado.	33
Pacientes de Yura.	07
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>

## **3. INSTRUMENTOS**

Para la presente investigación se ha utilizado los siguientes instrumentos:

### **3.1 ESCALA DE RESILIENCIA (ER)**

#### **FICHA TÉCNICA**

**Autores** : Wagnild, G. Young, H.

**Procedencia** : Estado Unidos.

<b>Adaptación peruana</b>	: Novella (2002)
<b>Año</b>	: 1993
<b>Tiempo de Administración</b>	: Aproximadamente de 25 a 30 minutos
<b>Administración</b>	: adolescentes y adultos.
<b>Descripción</b>	: La Escala de Resiliencia (ER), evalúa de dos formas: La primera forma es general y otorga los siguientes niveles: Alto (146 a 175), Medio (126 a 145) y Bajo (125 a menos), donde:
✓ ALTO, representa la gran capacidad de superar los eventos adversos, y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas (muerte de los padres, graves traumas, divorcio, etc.)	
✓ MEDIO, considera la capacidad de superar los eventos adversos, y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas (muerte de los padres, graves traumas, divorcios, etc.)	
✓ BAJO, hace alusión a la mínima capacidad de superar los eventos adversos, le cuesta tener un desarrollo exitoso en las circunstancias adversas (muerte de los padres, graves traumas, divorcios, etc.)	
La segunda forma evalúa los siguientes factores de resiliencia, es decir sus características.	
✓ COMPETENCIA PERSONAL (17 ítems; 1, 2, 3, 4, 5, 6 ,9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23 y 24), que indica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.	
✓ ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA (8 ítems; 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22 y 25), representando adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable.	
✓ Aapego SATISFACCIÓN PERSONAL: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.	

- ✓ ECUANIMIDAD: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- ✓ SENTIRSE BIEN SÓLO: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.
- ✓ CONFIANZA EN SÍ MISMO: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- ✓ PERSEVERANCIA: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

**Aplicación:** Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos.

**Calificación.** Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: Las puntuaciones totales de la escala oscilan entre 25 y 175, donde puntuaciones superiores a 145 indican un nivel Alto, puntuaciones entre 126 y 145 indican un nivel Moderado y puntajes de 125 o menos indican un nivel Bajo (Wagnild, 2009). Los puntajes directos transformados a percentiles se interpretan de la siguiente manera: alta (90-99), media alta (75-89), media (50-74), media baja (25-49), baja (24 a menos).

**Validez.** La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores. La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva. La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con  $r = -0.36$ , satisfacción de vida,  $r = 0.59$ ; moral,  $r = 0.54$ ; salud,  $r = 0.50$ ; autoestima,  $r = 0.57$ ; y percepción al estrés,  $r = -0.67$ . En cuanto a la validez, se utilizó en esta

investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

En el Perú, la Escala original fue adaptada –traducida del inglés– y analizada psicométricamente por Novella (2002), quien utilizó una muestra de 324 alumnas entre 14 a 17 años del Colegio Nacional de Mujeres “Teresa Gonzales de Fanning”, ubicado en el distrito de Jesús María de la ciudad de Lima. Utilizando la misma técnica de factorización y de rotación halla 2 factores (el primero, con 20 ítems, y el segundo, con 5), y obtiene con el coeficiente alfa una consistencia interna global de 0.875, y correlaciones ítem-test que fluctúan entre 0.18 a 0.63, siendo todos los coeficientes estadísticamente significativos al nivel del 0.01 ( $p<0.01$ ), pero con uno de ellos (ítem 11) con un coeficiente inferior a 0.20, valor estipulado como el mínimo en este caso (Ary, Jacobs y Razavieh, 1990), el cual no fue eliminado porque su impacto sobre el incremento del valor alfa era muy pobre (Novella, 2002).

**Confiabilidad:** La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella, 2002). Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; 0.86 y 0.85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas; 0.90 en madres primerizas post parto; y 0.76 en residentes de alojamientos públicos

Además, con el método test retest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de 0.67 a 0.84, las cuales son respetables. El año 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 a 18

años de edad de tercer año de secundaria de la UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

### **3.2 AUTOCUESTIONARIO DE LOS MODELOS INTERNOS DE RELACIÓN DE APEGO ADULTO - CARTES DES MODÈLES INTERNES DE RELATIONS (CAMIR)**

#### **FICHA TÉCNICA**

**Autores** : Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meister, Miljkovitch y Halfon

**Año** : 1996

**Procedencia** : Italia

**Tiempo de Administración:** 45 minutos aproximadamente.

**Modo de administración** : Individual

**Versión Adaptada** : Nóbrega y Traverso, 2013

**Descripción:** El instrumento está compuesto por 72 ítems, las cuales permite evaluar las representaciones desde dos perspectivas: Primero; las características de los estilos generales de apego propuestos para esta técnica corresponden a las disposiciones y estados de la mente propuestos por Bowlby y Main respectivamente. Estos estilos son: el prototipo seguro, el prototipo evitativo, el prototipo preocupado (Pierrehumbert et al., 2002; Miljkovitch et al., 2005). La segunda parte hace referencia a aspectos relacionados a cogniciones específicas acerca del apego medidas a través de las 13 escalas que conforman la prueba, según Pierrehumbert et al. (citados por Nóbrega y Traverso, 2013), las cuales mencionamos a continuación: Escala A – Interferencia parental: evalúa el grado en que se percibieron durante la niñez conductas de sobreprotección por parte de los cuidadores, lo que generó

sentimientos de indefensión, falta de independencia e interferencia en el desarrollo de la autonomía. Escala B – Preocupación familiar: evalúa el grado de preocupación actual en relación con el bienestar de sus familiares o entorno cercano, así como el nivel de malestar frente a la posibilidad de separación. Escala C – Resentimiento de infantilización: evalúa el grado en que se percibió el entorno familiar como poco acogedor e inseguro, impidiendo el desarrollo de la autonomía. Escala D – Apoyo parental: evalúa el grado en que sintió a su familia de origen como fuente de soporte y seguridad en su niñez. Escala E – Apoyo familiar: evalúa el grado en que se considera a la familia actual como fuente de soporte y seguridad. Escala F – Reconocimiento de apoyo: evalúa el grado de satisfacción por las vivencias familiares durante la infancia y el grado de certeza de que podrá contar con ellos en caso que sea necesario. Escala G – Indisponibilidad parental: evalúa el grado en que se percibió al entorno familiar como poco preocupados o negligentes, generando sentimientos de desapego hacia el entorno. Escala H – Distancia familiar: evalúa el grado de distancia con el entorno familiar, por lo que se destaca la independencia y se siente molestia frente a la posibilidad de necesitar apoyo de su entorno. Escala I – Resentimiento de rechazo: evalúa si se percibieron durante la infancia actitudes de rechazo y abandono por parte de los padres, generando resentimiento. Escala J – Traumatismo parental: evalúa si se percibió al entorno familiar durante la niñez como hostil y violento, generando sentimiento de temor. Escala K – Bloqueo de recuerdos: evalúa el grado de dificultad para reconocer, pensar y recordar la dinámica familiar durante la infancia. Escala L – Dimisión parental: evalúa si se percibió a los padres como permisivos y que no pudieron ejercer autoridad de manera adecuada durante la niñez. Escala M – Valoración de la jerarquía: evalúa la valoración de los roles y las jerarquías dentro de la familia. Fourment, 2009; Rey de Castro, 2009 ( citados por Noblega y Traverso 2013).

El CAMIR, recoge información sobre la familia actual (presente), sobre la experiencia

pasada con los padres (pasado) y sobre la apreciación actual de la influencia de los padres (estado de la mente). (Pierrehumbert et al., 1996). Las 13 escalas se organizan en base a los ejes que se encuentran a la base de la construcción del cuestionario el eje de “preocupación-autonomía desapego” y el eje de “pasado-presente-estado de la mente”. La disposición espacial de las escalas según estos dos ejes permite ver que las 9 primeras escalas (de la A hasta la I) forman un todo: siendo las escalas ABC correspondientes a la noción de apego preocupado (relativo al pasado, presente y estado de la mente); las escalas DEF son relativas a la autonomía y las escalas GHI a desapego. En lo que concierne a las 4 últimas escalas, dos de ellas (JK) se acercan al prototipo de apego no- resuelto, mientras las otras dos (LM) son relativas a la estructuración del medio familiar.

**Validez y confiabilidad:** Noblega y Traverso (2013), realizaron un estudio de validez y confiabilidad de este instrumento en un grupo de hombres y mujeres de nivel socioeconómico medio (76.3%) y bajo (23.7%) en la ciudad de Lima- Perú, señalan que realizar el análisis de confiabilidad por consistencia interna, se obtuvo el alpha de Cronbach para cada una de las escalas. La confiabilidad por estabilidad temporal, y luego de evidenciar la ausencia de normalidad de las puntuaciones en cada una de las escalas para las evaluaciones primera y segunda, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Esto, con el fin de asociar las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas, en los dos momentos de evaluación.

**Tabla 03** Propiedades psicométricas del CAMIR, tomadas de Nóbrega y Traverso (2013)

Propiedades psicométricas para cada escala del CaMir

Escala	Consistencia interna <sup>a</sup>		Correlación ítem – total <sup>a</sup>		Consistencia temporal <sup>b</sup>	
	r	M	Min.	Máx.	r	p
a. Interferencia parental	0.69	0.42	0.33	0.49	0.79	0.000
b. Preocupación familiar	0.77	0.51	0.40	0.63	0.69	0.000
c. Resentimiento de infantilización	0.80	0.56	0.36	0.69	0.51	0.003
d. Apoyo parental	0.76	0.52	0.20	0.66	0.58	0.001
e. Apoyo familiar	0.80	0.56	0.44	0.63	0.63	0.000
f. Reconocimiento de apoyo	0.66	0.40	0.14	0.57	0.30	0.108
g. Indisponibilidad parental	0.77	0.52	0.42	0.64	0.40	0.024
h. Distancia familiar	0.21	0.11	0.03	0.18	0.52	0.002
i. Resentimiento de rechazo	0.84	0.63	0.48	0.69	0.86	0.000
j. Traumatismo parental	0.82	0.59	0.54	0.67	0.70	0.000
k. Bloqueo de recuerdos	0.69	0.50	0.39	0.58	0.56	0.001
l. Dimisión parental	0.51	0.27	0.12	0.44	0.30	0.104
m. Valoración de la jerarquía	0.53	0.32	0.18	0.42	0.34	0.055

<sup>a</sup>n = 372, <sup>b</sup>n = 32

Al analizar la consistencia interna de las escalas que conforman el CAMIR, como se observa en la siguiente tabla, casi la totalidad de las mismas presentan niveles adecuados de confiabilidad por consistencia interna, calculado a partir del coeficiente alfa de Cronbach; sólo la escala distancia familiar presenta una correlación menor a 0.50. En la tabla se presenta el promedio de la correlación ítem-test que componen cada una de las escalas, así como el valor mínimo y máximo de dichas correlaciones. Tal como se puede observar, el promedio de las correlaciones ítem-test corregidas en 11 de las 13 escalas es mayor 0.30, estos valores indican que, en general, los ítems que pertenecen a una misma dimensión miden de forma consistente el mismo atributo. Esto no sucede así para las escalas distancia familiar y dimisión parental que tienen una correlación ítem-test promedio de 0.11 y 0.27, respectivamente.

Respecto a la validez, quienes realizan el estudio “Confiabilidad y validez de constructo del auto cuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir”, señalan que para demostrar la validez del instrumento se esperó que hayan correlaciones positivas entre las tres escalas que conforman un prototipo y el prototipo al cual pertenecen; asimismo, se esperan asociaciones negativas entre las escalas de un prototipo y las de los otros dos a los que no pertenece dicha escala.

Se demuestra que el prototipo de apego seguro presenta correlaciones adecuadas y estadísticamente significativas con sus tres escalas correspondientes. De igual manera, se encuentra que este prototipo tiene correlaciones negativas y estadísticamente significativas con las tres escalas correspondientes al prototipo desentendido, a las tres escalas del apego preocupado y tres de las cuatro escalas que no pertenecen a ninguno de los prototipos. A pesar de haberse encontrado las asociaciones en el sentido esperado, llama la atención que la correlación inversa entre el prototipo de apego seguro y la preocupación familiar no sea alta. Se menciona que, el prototipo desentendido (evitativo) presenta asociaciones positivas y significativas con sus tres escalas correspondientes, sin embargo, estas asociaciones son relativamente bajas (entre 0.30 y 0.44). Las puntuaciones de este tipo de apego tienen, además, asociaciones inversas significativas con las tres escalas del prototipo seguro y dos escalas del apego preocupado. Llama la atención que este prototipo correlaciona positiva y significativamente con la escala Resentimiento de infantilización que es la escala que evalúa el estado de la mente del prototipo preocupado. Por otro lado, el prototipo preocupado presenta correlaciones positivas con las escalas que corresponden a este tipo de apego y, de acuerdo con lo esperado teóricamente, tiene correlaciones negativas con las tres escalas del prototipo seguro. Sin embargo, este apego tiene correlaciones positivas y significativas con las tres escalas correspondientes al apego desentendido y la escala de Traumatismo parental.

**Normas de aplicación:** Para la aplicación se necesitó el manual de Auto cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego CAMIR, con sus 72 tarjetas, y el protocolo de respuestas. Se les entrega a los participantes 72 tarjetas, las cuales contienen escritas un ítem del cuestionario en cada una. En una primera etapa, el participante tendrá que colocar en tres grupos dichas tarjetas, los grupos llevarán el rotulo de: “Verdadero”, “Ni verdadero Ni Falso”, y “Falso”; según se aplique a cada uno de los participantes. Luego de colocar todas las tarjetas en los tres grupos, una tabla registrará a cuál de los tres grupos correspondió cada

tarjeta (1 – 72). Posteriormente se agregará dos grupos más, con los rótulos de: “Muy verdadero” y Muy Falso”. Entonces tendremos cinco grupos, que de izquierda a derecha serán: A= “Muy verdadero”, B= “Verdadero”, C = “Ni verdadero Ni Falso”, D = “Falso”, “Muy Falso”. En la segunda etapa, se tiene que poner un número determinado de tarjetas en cada grupo, entonces en el grupo A (extremo izquierdo) “Muy Verdadero”, solo deben quedarse doce tarjetas, las que más se apliquen a la persona en evaluación, si se tiene más de doce, las restantes pasaran al grupo B = “ Verdadero”; si por el contrario en el grupo A (“Muy Verdadero”) hay menos de 12 tarjetas, estas serán mezcladas con las del grupo B (“Verdadero”) y tienen que elegir entre ellas las más características que se apliquen a la persona, Luego hay que seguir el mismo procedimiento para el grupo B (15 cartas). Si le faltan tarjetas para completar las 15 del grupo B “Verdadero”, se tomará del grupo C “Ni verdadero Ni Falso” aquellas que pueden pasar a B “Verdadero”. Si, por el contrario, le sobran, estas se ponen en el grupo C “Ni Verdadero Ni Falso”, posteriormente se hará lo mismo por el lado derecho (fila E), siguiendo por el grupo extremo derecho, grupo E “Muy Falso”, con 12 tarjetas, y luego el grupo D “Falso”, 15 tarjetas, en dirección al grupo central C. (con la misma dinámica de los grupos A y B). Cuando se haya terminado, se comprueba que el grupo central C “Ni verdadero-Ni Falso” contenga 18 tarjetas|.

**Calificación:** Se hará uso de una tabla la cual registra el grupo (A – E) donde quedo cada tarjeta (1 – 72), asignando los siguientes puntajes a cada tarjeta según sea el caso: A= 5 puntos, B= 4 puntos, C= 3 puntos, D= 2 puntos, E= 1 punto, tanto para la etapa 1 como para la etapa 2. A continuación, estas puntuaciones serán procesadas en forma computarizada, donde se podrá observar las puntuaciones alcanzadas para los Prototipo Seguro, Prototipo Evitativo, Prototipo Preocupado, tomando al prototipo con mayor porcentaje alcanzado.

#### 4. PROCEDIMIENTO

- Al buscar los registros bibliográficos sobre violencia se observó que no había investigaciones que tomaran en cuenta las variables de estilos de apego y resiliencia. En un primer momento se buscó en la Escuela Profesional de Psicología y posteriormente en la biblioteca general de la Universidad Nacional De San Agustín. A continuación, acudimos a las bibliotecas de las universidades Alas Peruanas, Universidad San Pablo y la Universidad Católica de Santa María donde tampoco se encontró investigaciones afines.
- Se revisó investigaciones acerca de este tema, tanto a nivel nacional como internacional, recurriendo a las revistas de investigación científica y al buscador general Google, encontrándonos que no se había investigado los estilos de apego, y la relación que guarda con la resiliencia en esta población.
- Se envió solicitudes al Centro de Salud Mental Comunitario de Cerro Colorado, y al Centro de Salud de Ciudad de Dios - Yura, los cuales se caracteriza por tener una población con elevados sucesos de violencia intrafamiliar, como lo señala el boletín informativo del gobierno regional de Arequipa.
- Se obtuvo el registro de datos con las direcciones y números de teléfono de las víctimas de violencia por parte de su pareja.
- Se contactó a las pacientes de forma directa, dando les a conocer los fines de nuestro estudio, pidiéndoles su participación voluntaria, asegurándoles cuidar sus datos personales, para mayor conformidad se les hizo firmar dos consentimientos informados, uno para ellas y el otro para las investigadoras.
- Para la aplicación de los instrumentos, se acordó con las pacientes el tiempo y el lugar para la aplicación del auto cuestionario del CAMIR, escala de resiliencia y además, para ello se contactó a las pacientes vía telefónica o en consulta, y se fijó el tiempo (dos sesiones) para la aplicación del Autocuestionario CAMIR, y posteriormente la escala de resiliencia,

agregado a eso una entrevista no estructurada (sociodemografica e historia de la violencia).

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo estaremos dando a conocer los resultados obtenidos en nuestra investigación, respecto a las variables de apego y resiliencia en mujeres que han sido víctimas de violencia conyugal, así también estaremos comprobando la hipótesis planteada. Considerando los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación, se evaluó a 40 personas, las mismas que iniciaron y terminaron la aplicación de los instrumentos.

Los resultados de ambos instrumentos fueron analizados por los procedimientos estadísticos de Chi- cuadrado de Person.

Los datos se estarán representándose mediante tablas y gráficos, de ambas variables por separado y finalmente relacionar ambas variables.

**Tabla 04***Grupo por rango de edad*

De 26 a 35 años	N	Válido	28	70%
		Perdidos	0	
De 36 a 45 años	N	Válido	12	30%
		Perdidos	0	

**Interpretación**

En la tabla se observa que la mujer víctimas de violencia que han sido evaluadas se encuentran en su gran mayoría dentro del rango de edad de 26 a 35 años (70%) y un menor porcentaje se encuentran en el grupo de rango de edad entre los 36 a 45 años (30%). Estos datos se corroboran con los encontrados por el MIMPV, el cual señala que este grupo de edad es el más vulnerable ya que experimentan mayores manifestaciones de violencia, especialmente la violencia psicológica.

**Tabla 05***Convivencia ¿Vive con pareja?*

Si	N	Válido	17	% 42
		Perdidos	0	
No	N	Válido	23	% 58
		Perdidos	0	

**Interpretación**

La presente tabla muestra que, de las personas evaluadas, el 42% de ellas viven con pareja, mientras el 58% (la mayoría), no viven con pareja, esto quiere decir que son estas mujeres las que se encargan del sustento económico, apoyo moral, psicológico y económico,

además de ser responsables de la crianza de sus hijos.

### **Tabla 06**

*Redes de apoyo de la muestra*

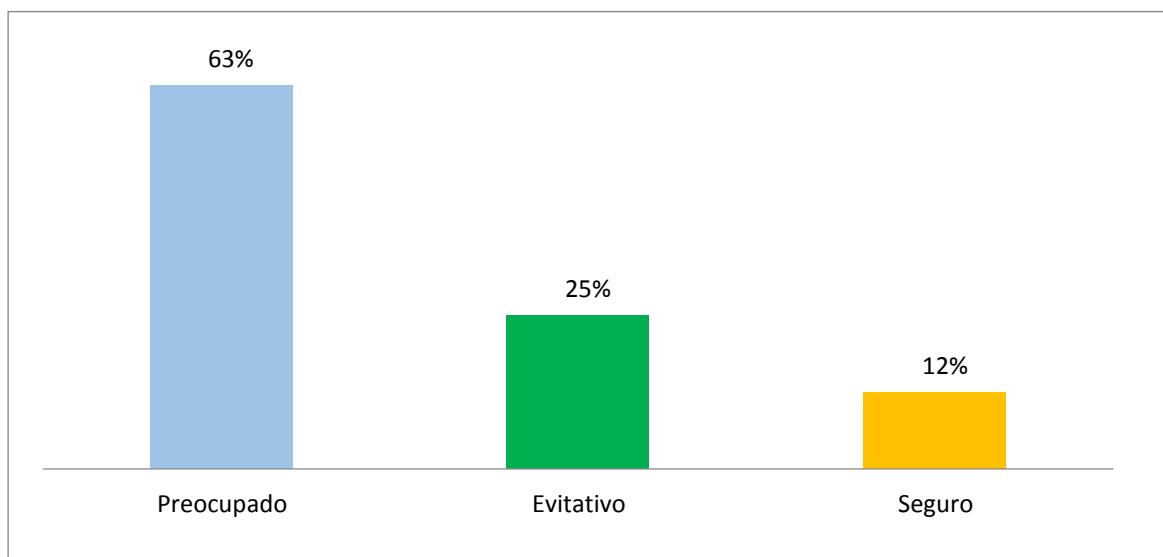
Amigos	N	Válido	12	% 30
		Perdidos	0	
Más de uno	N	Válido	28	% 70
		Perdidos	0	

### **Interpretación**

En cuanto a las redes de apoyo, las personas que participaron en esta investigación, manifestaron que solo cuentan con el apoyo de amigos un 30%, mientras que el 70% manifestó que cuenta con más de una red de apoyo (amigos, familia, e instituciones involucradas en el tema de violencia contra la mujer). Así tenemos que la mayoría de las mujeres de nuestra muestra cuenta con más de una red de apoyo.

### **Gráfico 04**

*Distribución Porcentual de los Estilos de Apego de la muestra*

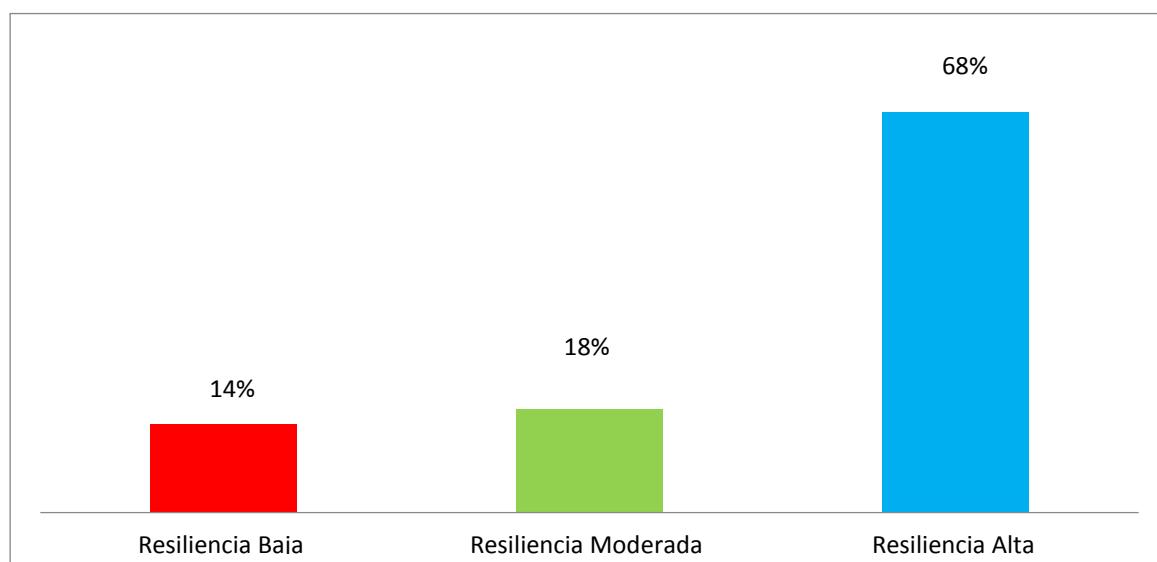


## Interpretación

El gráfico nos muestra que la mayoría de las mujeres de la muestra presentan un estilo de apego preocupado, representado por el 63% (25), seguidamente se encuentran quienes presentan un estilo de apego evitativo 25% (10) y en su minoría se encuentran quienes tiene el estilo de apego seguro 12% (5). Tenemos entonces que la mayor parte de las participantes de este estudio presentan un estilo de apego preocupado, que se caracteriza por una alta preocupación en relación a su ambiente familiar actual, además desconfía de su figura de apego.

## Gráfico 05

*Distribución Porcentual de los Niveles de Resiliencia de la muestra*

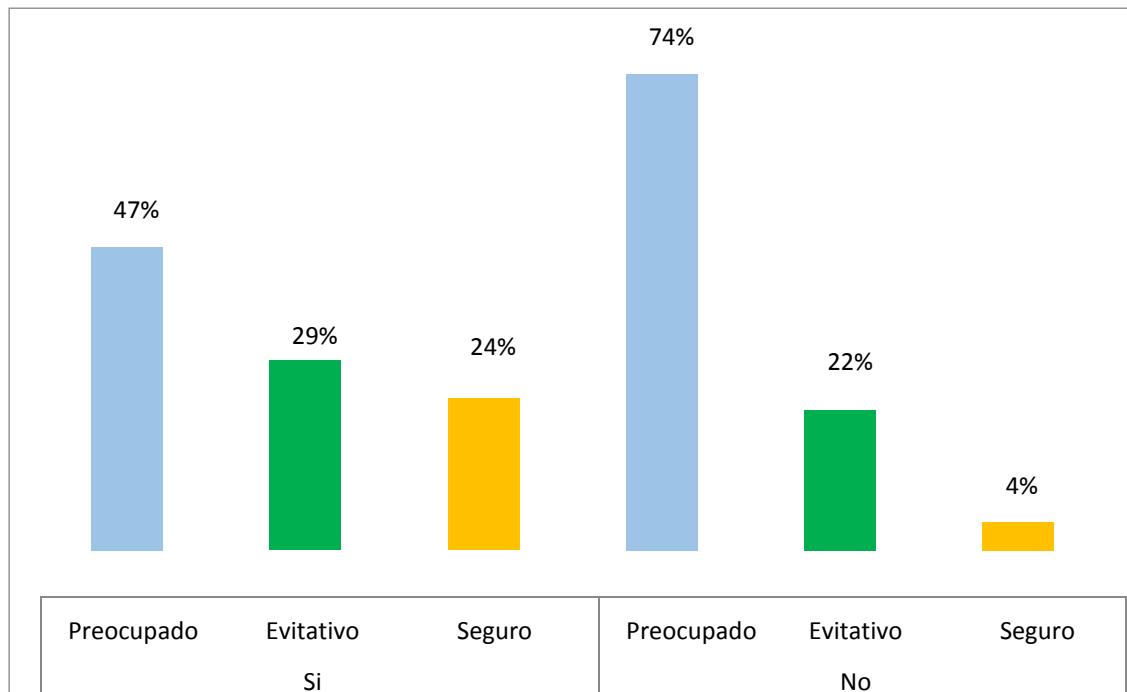


## Interpretación:

En cuanto a la resiliencia que poseen las mujeres víctimas de violencia conyugal, notamos que en su mayoría presentan altos niveles de resiliencia (68%), seguido de quienes poseen resiliencia moderada (18%), y en un menor porcentaje se encuentran quienes bajos niveles de resiliencia (14%). Esto quiere decir que gran parte de las víctimas de violencia conyugal son capaces de enfrentarse y sobreponerse a la adversidad, ya que cuentan con factores internos y externos generadores de resiliencia.

## Gráfico 06

*Distribución Porcentual de los Estilos de Apego de acuerdo a ¿Vive con Pareja?*



### Interpretación

En grafico observamos que el estilo preocupado está presente tanto en el grupo de mujeres que viven y que no vive con la pareja, sin embargo, este estilo es más predominante en el grupo de mujeres que ya no viven con su pareja. Estas diferencias observadas no tienen diferencia significativa ya que en la prueba chi cuadrado el p-valor es 0,120 mayor el nivel de significancia del 5%.

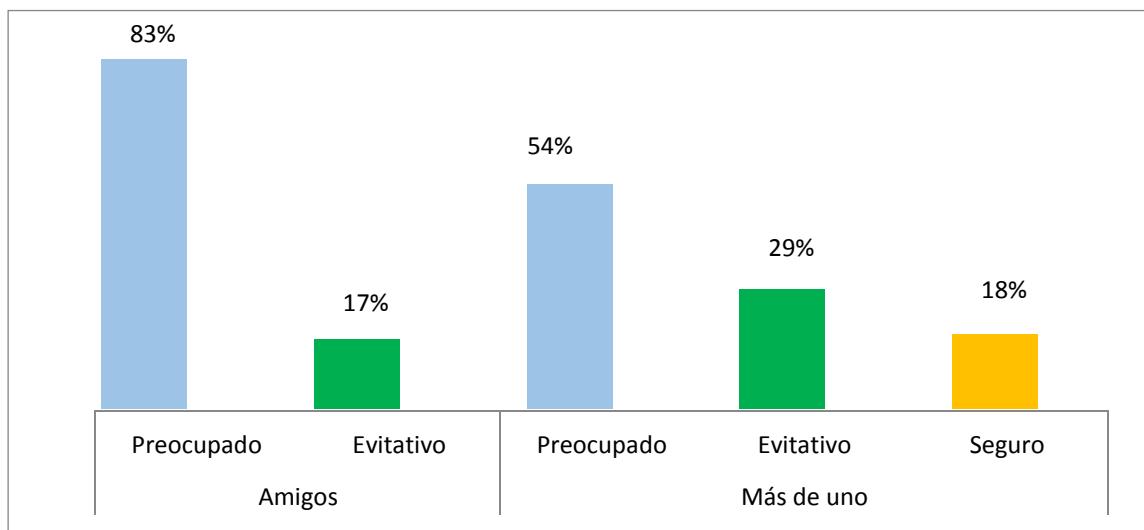
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,235 <sup>a</sup>	2	,120
Razón de verosimilitud	4,338	2	,114
Asociación lineal por lineal	4,040	1	,044
N de casos válidos	40		

- a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,13.

## Gráfico 07

*Distribución Porcentual de los Estilos de Apego de acuerdo a las Redes de Apoyo*



### Interpretación

Respecto a la relación de los estilos de apego y las redes de apoyo se observa que el estilo de apego preocupado es mayor en ambos grupos de redes de apoyo, sin embargo, se encuentra más presente en las mujeres que cuentan con una sola red de apoyo, lo cual es como se afirmó en la teoría respecto a este estilo, caracterizado por la falta de confianza en los demás. Estas diferencias observadas no tienen diferencia significativa ya que en la prueba chi cuadrado el p-valor es 0,149 mayor el nivel de significancia del 5%.

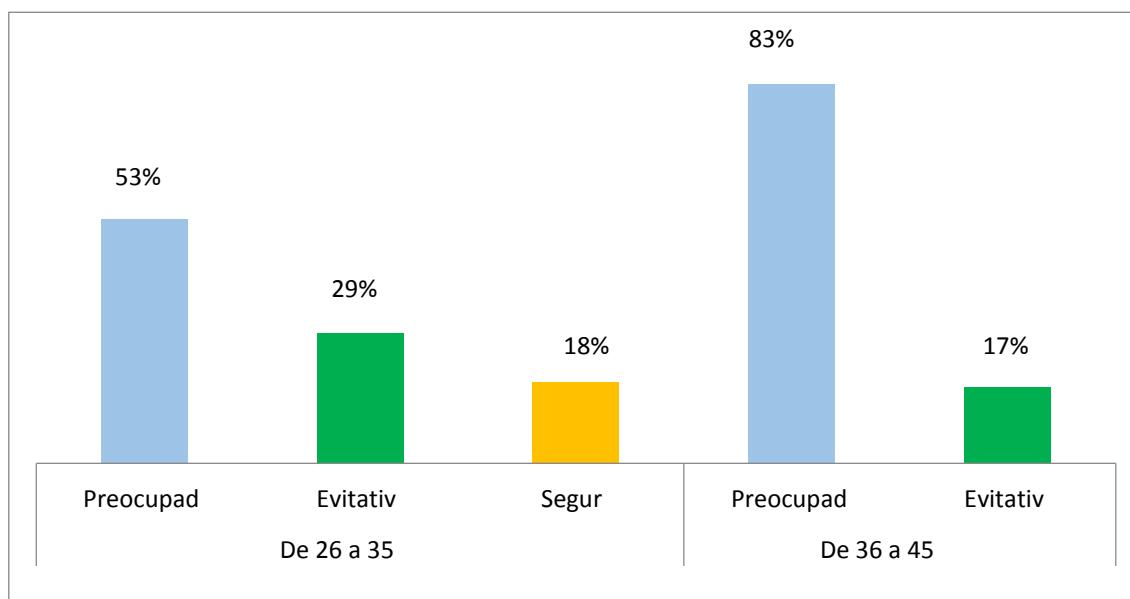
#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,810 <sup>a</sup>	2	,149
Razón de verosimilitud	5,211	2	,074
Asociación lineal por lineal	3,714	1	,054
N de casos válidos	40		

- a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que
- 5. El recuento mínimo esperado es 1,50.

## Gráfico 08

*Distribución Porcentual de los Estilos de Apego de acuerdo al Rango de Edades*



### Interpretación

Se observa que en las mujeres cuyas edades oscilan entre los 26 a 35 años poseen los tres estilos de apego, a diferencia del grupo de mujeres cuyas edades están entre los 36 a 45 años en quienes se encontró solo los estilos de apego preocupado y evitativo, mas no el estilo de apego seguro. Comparando ambos grupos de edad, es el estilo de apego preocupado el que predomina en ambos grupos. Estas diferencias observadas no tienen diferencia significativa ya que en la prueba chi cuadrado el p-valor es 0,149 mayor el nivel de significancia del 5%.

### Pruebas de chi-cuadrado

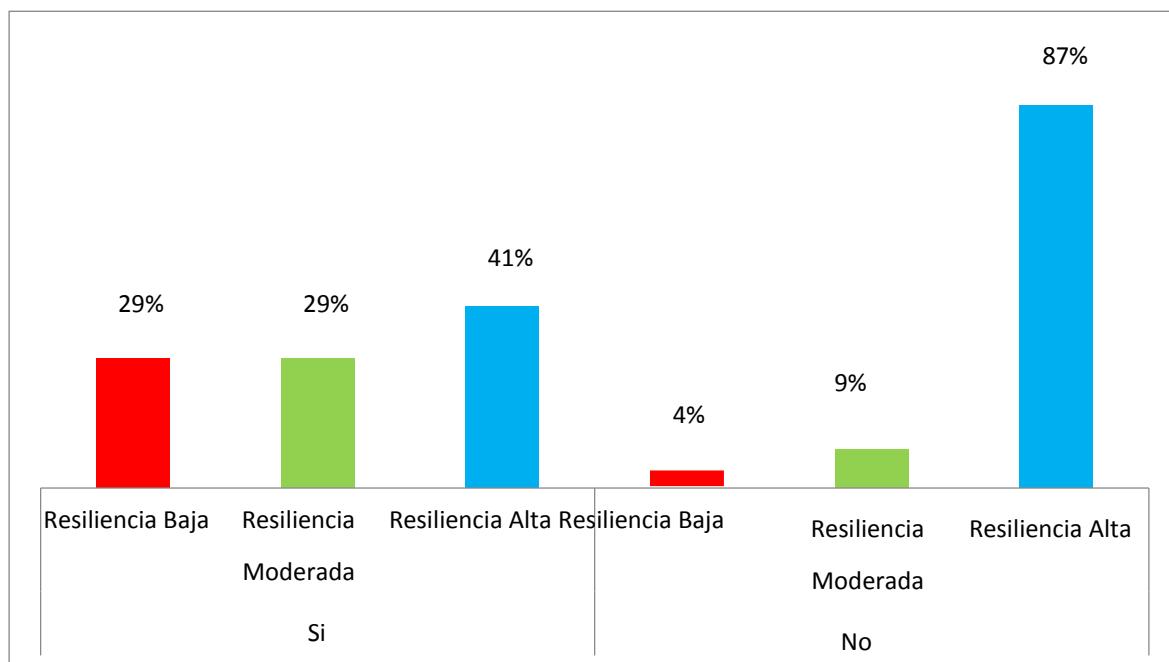
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,810 <sup>a</sup>	2	,149
Razón de verosimilitud	5,211	2	,074
Asociación lineal por lineal	3,714	1	,054
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que

5. El recuento mínimo esperado es 1,50.

## Gráfico 09

*Distribución Porcentual de los Niveles de Resiliencia de acuerdo a la convivencia ¿Vive con Pareja?*



### Interpretación

En el gráfico observamos que los niveles altos de resiliencia se encuentran más presentes en las mujeres que no viven con la pareja, estos niveles de resiliencia también son altos en quienes continúan viviendo con su pareja. Por lo tanto, para ambos grupos, los niveles altos de resiliencia es un factor importante en las mujeres que fueron violentadas por sus parejas, sin embargo, estas diferencias no tienen diferencia significativa ya que en la prueba chi cuadrado el p- valor es 0,009 mayor el nivel de significancia del 5%.

#### Pruebas de chi-cuadrado

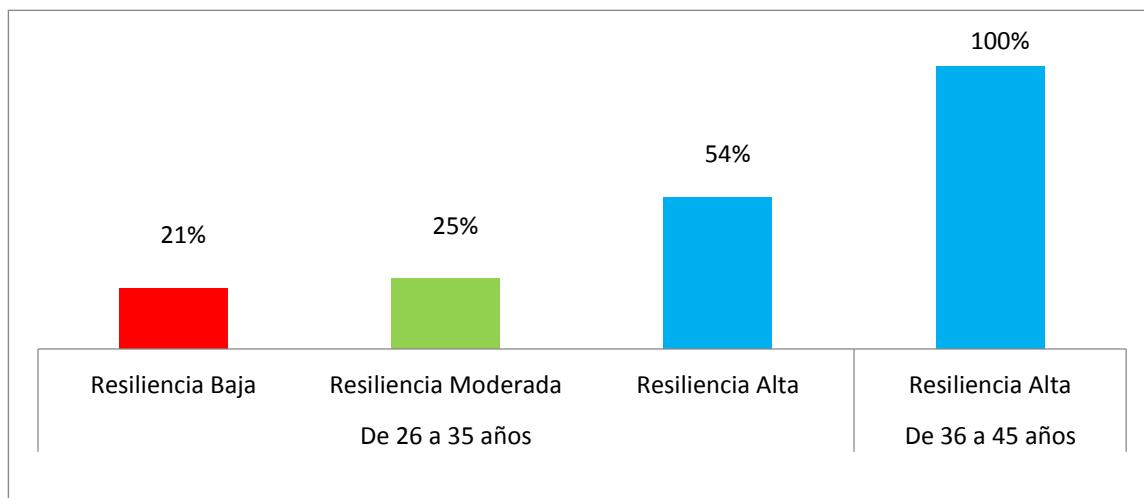
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,526 <sup>a</sup>	2	,009
Razón de verosimilitud	9,863	2	,007
Asociación lineal por lineal	8,707	1	,003
N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que

5. El recuento mínimo esperado es 2,55.

## Gráfico 10

*Distribución Porcentual de los Niveles de Resiliencia de acuerdo al Rango de Edades*



### Interpretación

El gráfico indica en forma general que en ambos grupos de mujeres, la resiliencia alta predomina sobre las demás, esto quiere decir que no es importante la edad para desarrollar la resiliencia, mas solo va depender de los factores de la resiliencia tanto externos (amigos, vecinos, familia, hijos e instituciones etc.) e internos (confianza, autoestima, humor, perseverancia, etc.). Esta capacidad es de gran importancia al momento de emprender una vida sin violencia. Estas diferencias no tienen diferencia significativa ya que en la prueba chi cuadrado el p-valor es 0,016 mayor el nivel de significancia del 5%.

#### Pruebas de chi-cuadrado

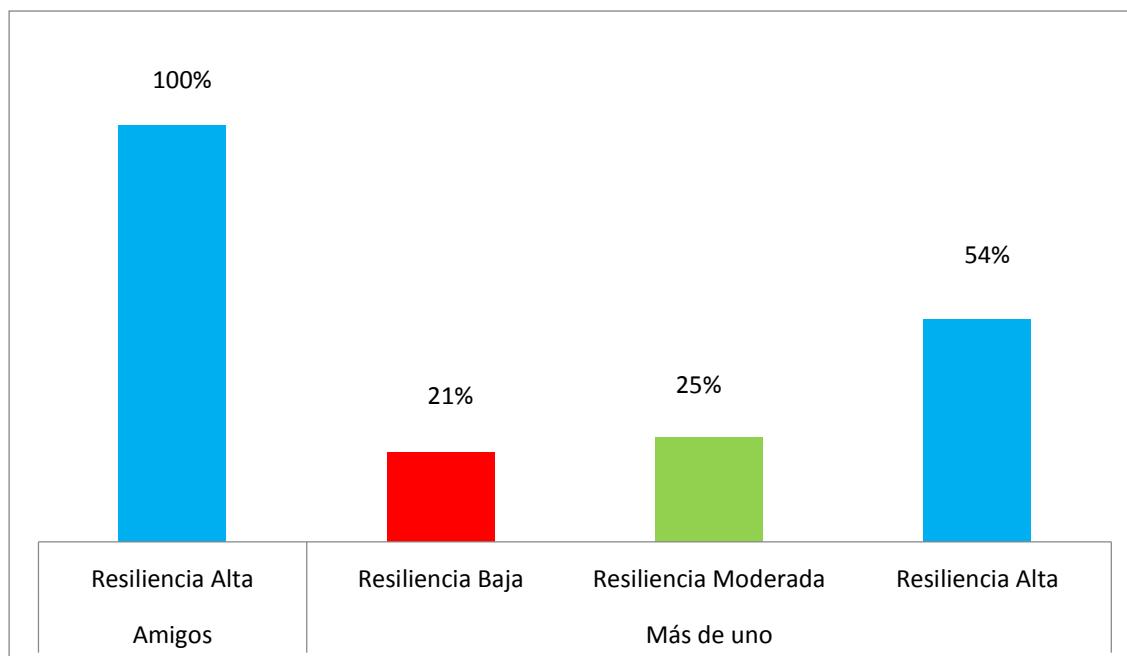
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,254 <sup>a</sup>	2	,016
Razón de verosimilitud	11,773	2	,003
Asociación lineal por lineal	6,864	1	,009
N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que

5. El recuento mínimo esperado es 1,80.

## Gráfico 11

*Distribución Porcentual de los Niveles de Resiliencia de acuerdo a las Redes de Apoyo*



### Interpretación

En el grafico observamos que las mujeres que fueron víctimas de violencia conyugal, presentan altos niveles de resiliencia, ya sea que cuenten con una sola red de apoyo o más de una. Estos resultados indican que cualquiera sea la red de apoyo de las mujeres que participaron en la presente investigación las va a ayudar a desarrollar características resilientes. Estas diferencias no tienen diferencia significativa ya que en la prueba chi cuadrado el p-valor es 0,016 mayor el nivel de significancia del 5%.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,254 <sup>a</sup>	2	,016
Razón de verosimilitud	11,773	2	,003
Asociación lineal por lineal	6,864	1	,009
N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que

5. El recuento mínimo esperado es 1,80.

**Tabla 07***Resiliencia Y Estilo De Apego de la muestra*

		Estilo de Apego			Total	
		Preocupado	Evitativo	Seguro		
Resiliencia	Resiliencia Baja	Recuento	1	1	4	6
		% dentro de Resiliencia	16,7%	16,7%	66,7%	100,0%
		% dentro de Estilo de Apego	4,0%	10,0%	80,0%	15,0%
	Resiliencia Moderada	Recuento	2	4	1	7
		% dentro de Resiliencia	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%
		% dentro de Estilo de Apego	8,0%	40,0%	20,0%	17,5%
	Resiliencia Alta	Recuento	2 2	5	0	27
		% dentro de Resiliencia	81,5%	18,5%	0,0%	100,0%
		% dentro de Estilo de Apego	88,0%	50,0%	0,0%	67,5%
Total		Recuento	2 5	10	5	40
		% dentro de Resiliencia	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
		% dentro de Estilo de Apego	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Interpretación**

En la tabla podemos observar que dentro del grupo de mujeres víctimas de violencia con bajos niveles de resiliencia, la mayoría posee un estilo de apego seguro, y el grupo que posee moderados niveles de resiliencia se identifican generalmente con las características del estilo de apego evitativo, y un gran porcentaje de las mujeres víctimas de violencia

poseen altos niveles de resiliencia (81,5%) con un predominio del estilo de apego preocupado (88,0%). Estos datos son significativos ya que en la prueba chi cuadrado el p-valor es 0,000 menor al nivel de significancia del 5%

### Pruebas de chi-cuadrado

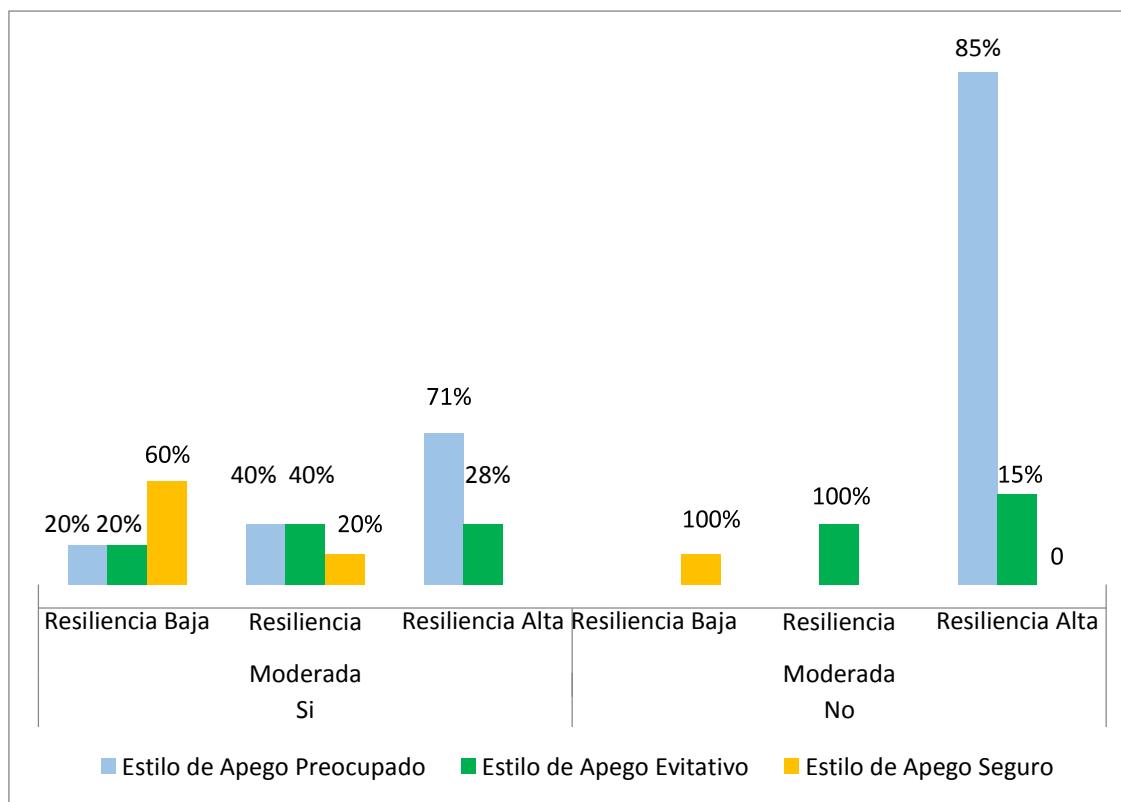
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,852 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	22,355	4	,000
Asociación lineal por Lineal	18,657	1	,000
N de casos válidos	40		

7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5.

El recuento mínimo esperado es ,75

## Gráfico 12

*Niveles de Resiliencia y Estilos de Apego de acuerdo a la convivencia ¿Vive con Pareja?*



### Interpretación

Gráficamente se observa que el estilo de apego preocupado es más representativo en quienes tienen no viven con su pareja, lo que en consecuencia los llevaría a desarrollar niveles altos de resiliencia. En el grupo de las mujeres que continúan viviendo con su pareja, hay también un apego preocupado, con distintos niveles de resiliencia, sobresaliendo quienes poseen resiliencia alta. Estas diferencias encontradas si son significativas para las mujeres que no viven con su pareja (ya que el p-valor es de 0.000 menor al nivel de significancia del 5%), y no llegan a ser significativas para las mujeres que, si viven con sus parejas, ya que el p-valor es 0.161 mayor al nivel de significancia del 5%.

### Pruebas de chi-cuadrado

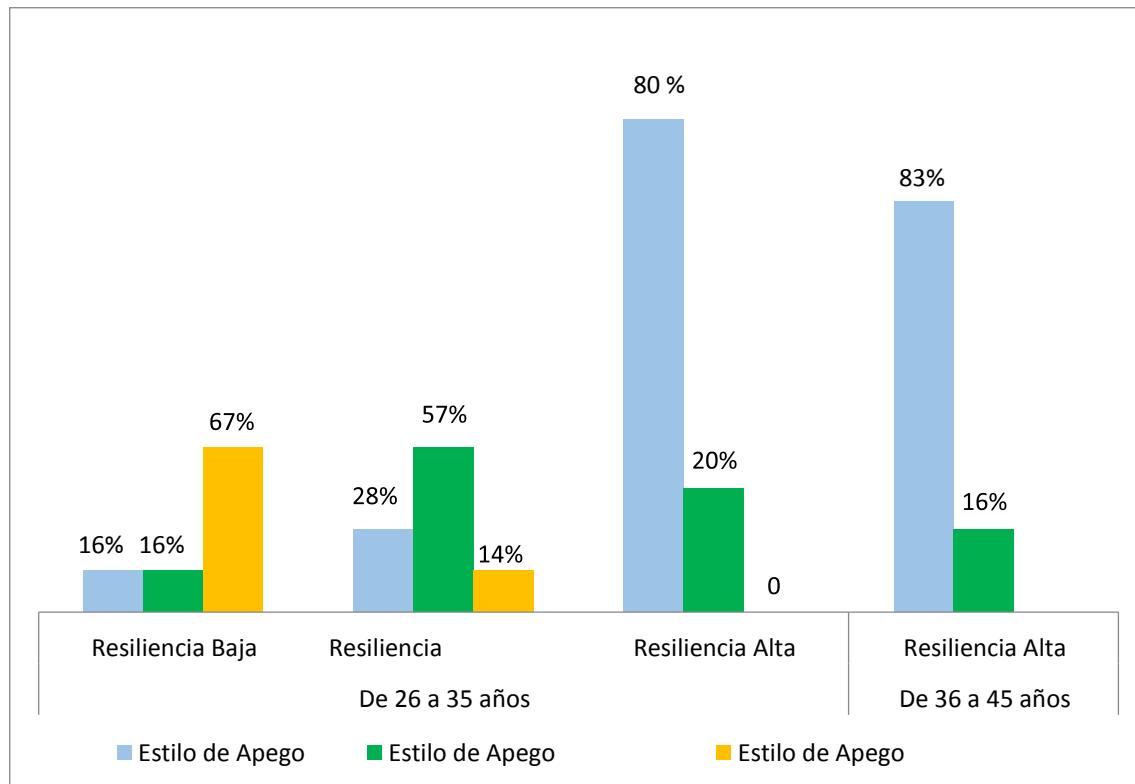
¿Vive con Pareja?		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Si	Chi-cuadrado de Pearson	6,557 <sup>a</sup>	4	,161
	Razón de verosimilitud	7,446	4	,114
	Asociación lineal por lineal	5,243	1	,022
	N de casos válidos	17		
No	Chi-cuadrado de Pearson	30,820 <sup>b</sup>	4	,000
	Razón de verosimilitud	14,901	4	,005
	Asociación lineal por lineal	13,810	1	,000
	N de casos válidos	23		

a. 9 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,18.

b. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

### Gráfico 13

*Niveles de Resiliencia y Estilos de Apego de acuerdo al Rango de Edades*



## Interpretación

De lo observado en el gráfico podemos afirmar que el desarrollo de la capacidad de enfrentamiento a la adversidad no es propio de un determinado periodo de edad, ya que puede ser desarrollada en cualquier momento de la vida. Las mujeres que son víctimas de violencia tienen un estilo de apego preocupado, pero esto no les impediría a desarrollar una buena resiliencia. Estos resultados son significativos para el grupo de edad comprendido por la edad entre los 26 y 35 años, ya que el p-valor es de 0.001es menor al nivel de significancia del 5%.

**Pruebas de chi-cuadrado**

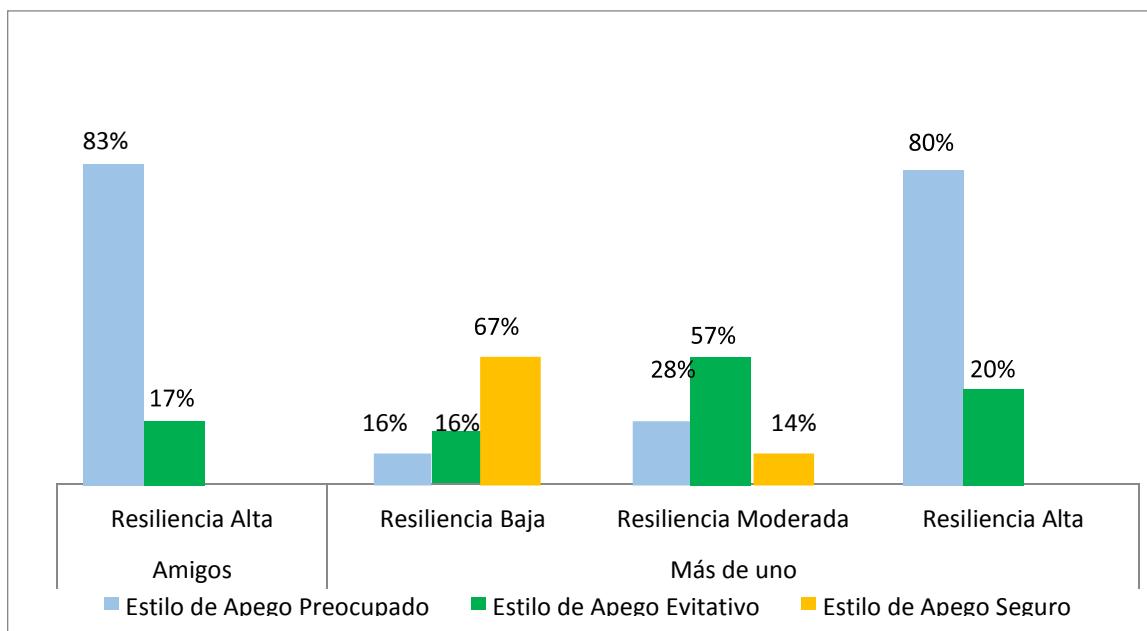
Rango de Edades		Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
De 26 a 35 años	Chi-cuadrado de Pearson	17,714 <sup>a</sup>	4	,001
	Razón de verosimilitud	17,194	4	,002
	Asociación lineal por lineal	12,607	1	,000
	N de casos válidos	28		
De 36 a 45 años	Chi-cuadrado de Pearson	· <sup>b</sup>		
	N de casos válidos	12		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,07.

b. No se han calculado estadísticos porque Resiliencia es una constante

### Gráfico 14

Niveles de Resiliencia y Estilos de Apego de acuerdo a las Redes de Apoyo



### Interpretación

En cuanto a las redes de apoyo, en el gráfico podemos observar que quienes poseen una sola red de apoyo (amigos), presentan en su mayoría resiliencia alta, lo mismo que quienes presentan más de una red de apoyo, siendo también en ambos grupos la predominancia del estilo de apego preocupado. Estos datos son significativos para quienes cuentan con más de una red de apoyo ya que el p-valor es de 0.001 menor al nivel de significancia del 5%.

### Pruebas de chi-cuadrado

Redes de Apoyo		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Amigos	Chi-cuadrado de Pearson	<sup>a</sup>		
	N de casos válidos	12		
Más de uno	Chi-cuadrado de Pearson	17,714 <sup>b</sup>	4	,001
	Razón de verosimilitud	17,194	4	,002
	Asociación lineal por lineal	12,607	1	,000
N de casos válidos		28		

a. No se han calculado estadísticos porque Resiliencia es una constante.

b. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,07.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

La relación que se tiene en la infancia con los cuidadores permite la formación de la capacidad de la resistencia a la adversidad (Cyrulink, 2002), este vínculo afectivo va a influir en la percepción e interpretación de las situaciones vividas y se va a manifestar en las relaciones interpersonales, en este caso en la relación de pareja.

La violencia conyugal es un problema de índole social, el cual abarca cifras cada vez más numerosas. Este problema afecta a la sociedad, y de manera especial a la mujer y a los hijos contribuyendo de manera negativa en su salud (Zalapa, et al. 2015).

Se ha realizado numerosas investigación sobre este problema social, identificando la sintomatología y su relación con otros factores como señala Brun (2016), tales como: la personalidad, la ingesta de alcohol por parte del agresor o de ambos cónyuges, sin embargo a nivel nacional se ha dejado de lado investigar otros factores que pueden estar interviniendo en el origen y mantenimiento de la relación violenta, como es el vínculo que se establece entre el

infante y el cuidador, así como también los niveles de resiliencia que se desarrollan en esta población de mujeres.

En nuestra investigación, las mujeres que han sufrido violencia conyugal, poseen en su mayoría el estilo de apego preocupado; estos resultados coinciden con los hallados por Loubat et al. (2007), Guzmán et al. (2016) y Cobos (2016), en cuyas muestras encontraron que las mujeres que recibieron violencia por parte de sus parejas poseen un estilo de apego preocupado, también hallaron que este estilo de apego influye en la duración de la relación violenta.

En cuanto a los niveles de resiliencia de esta población, consideramos que lo esperado es que las mujeres con estas características poseen bajos niveles de resiliencia, debido a las relaciones de violencia por parte de sus pareja, sin embargo los resultados encontrados indican que existen altos niveles de resiliencia (67,5%) en esta muestra, estos hallazgos coinciden con la investigación de Cordero y Teyes (2016), quienes evaluaron la resiliencia en mujeres en situación de violencia doméstica y llegaron a la conclusión que existe en ellas fuentes interactivas generadoras de resiliencia, y en este caso nuestra muestra posee apoyo externo de una o más personas significativas, las cuales son tomadas como modelo a imitar (generalmente porque estas personas se han sobrepuerto a situaciones adversas); bajo esta postura cabe mencionar también lo expuesto por Cyrulnik (2002), el cual afirma que para sobreponerse a las situaciones adveras, lo más importante es “no quedarse solo”, así mismo sostiene que: para que la resiliencia se haga presente es necesario contar con factores internos como externos, donde los últimos factores cumplen un papel fundamental para que la persona se haga resilientes, nos es propicio mencionar también que la resiliencia es un factor dinámico como señala Grotberg (citado por Gil, 2010), donde la interacción individuo y ambiente son condiciones necesarias para el desarrollo de la resiliencia.

En nuestra muestra se encontró que existen altos niveles de resiliencia (87%) las cuales están

presentes en aquellas mujeres que no viven con la pareja, siendo estos resultados similares a los hallados por Zapala et al. (2015), quienes encontraron que las mujeres que no viven con su pareja son más resilientes, debido a que han logrado superar sus miedos, creencias y conductas que le impedían salir de la relación violenta y que con ayuda de su red de apoyo han recobrado su autoconfianza y autoestima.

Esta investigación encontró que existe relación significativa entre los estilos de apego con la resiliencia ( $P$ -valor =0.000), siendo que en la mayoría de nuestra muestra predomina el apego preocupado con altos niveles de resiliencia, esta relación es aceptable, considerando en primer lugar que no todos responden a la adversidad de la misma forma, y en segundo lugar, para que se desarrolle la resiliencia es necesario contar con factores externos (apoyo de la familia, amigos e instituciones), así como factores internos (autoconfianza, autoestima, etc.), y en la conjugación de estos factores se constituye la resiliencia que actúa como un escudo protector contra la adversidad ( Cordero y Teyes, 2016). Nuestros resultados son también similares a los obtenidos por Zapala et al. 2015, en cuya muestra encontró que las mujeres son resilientes por el hecho de enfrentarse a sus miedos, creencias familiares y sociales que le impedían romper con la relación violenta, pese haber sufrido durante ocho años violencia conyugal. Otro estudio con resultados parecidos son los de Estrada y Tobo (2011), quienes encuentran altos niveles de resiliencia en mujeres maltratadas por parte de su pareja, las cuales han tenido un historial de maltrato (desde donde podemos inferir que este historial se debe a las relaciones afectivas poco cálida brindadas por su figura de apego), siendo estas vivencias adversas las que dieron la posibilidad a tener un aprendizaje positivo.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Con respecto al primer objetivo específicos, se concluye que la mayoría de las mujeres que son víctimas de violencia conyugal presentan características del estilo de apego preocupado (63%), la cual se identifican por tener sentimientos de inseguridad, ansiedad y desconfianza hacia su figura de apego y por ello se mantienen próximos a estos, además se muestran complacientes y sumisas.
- SEGUNDA:** En cuanto al segundo objetivo específico, se concluye que en la mayoría de las mujeres víctimas de violencia conyugal existe altos niveles de resiliencia (67,5%), es decir que poseen la capacidad para enfrentar y superar las situaciones adversas, para ello hacen uso de factores internos como externos la cual les permite restablecerse e iniciar nuevas vivencias libres de violencia.
- TERCERA:** Considerando los estilos de apego y los niveles de resiliencia de las mujeres víctimas de violencia conyugal que participaron en esta investigación, se concluye que existe relación entre estas variables.
- CUARTA:** Las mujeres víctimas de violencia que cuentan con más de una red de apoyo presentan mayores niveles de resiliencia, por tanto, podemos concluir que el contar con el apoyo de familiares, amigos o instituciones, va a fomentar en las victimas el desarrollo de la confianza en sí mismas y seguridad respecto a una vida libre de violencia.
- QUINTA:** La resiliencia se forja aún a pesar de varios años de convivencia de las mujeres víctimas de violencia conyugal, las cuales al ser resilientes poseen la capacidad de enfrentar a sus miedos internalizados por medio del maltrato recibido.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERO:** Priorizar estudios acerca de resiliencia en mujeres víctimas de violencia, ya que este tipo de investigaciones abren nuevas puertas para el tratamiento de las víctimas.
- SEGUNDO:** Se sugiere elaborar programas que promuevan y potencialicen la resiliencia tanto en niños, adolescentes y jóvenes, pues esta población son los inmediatos a vivir experiencias nuevas socialmente.
- TERCERO:** Identificar a las redes de apoyo de las víctimas (amigos y/o familiares) para sensibilizarlos con respecto a este problema con el fin de que puedan brindarle un adecuado soporte emocional a la víctima.
- CUARTA:** Considerando la importancia del rol que cumplen las redes de apoyo se recomienda a las instituciones públicas (municipalidades y centros de salud) realizar campañas de sensibilización frente a la violencia contra la mujer.
- QUINTA:** Elaborar programas para madres con un estilo de apego insano, con el propósito de revertir su forma de brindar cuidados a sus hijos (más cálidos y afectuosos).
- SEXTO:** Se sugiere a futuras investigaciones considerar estas variables en poblaciones similares, así mismo abordarlo desde un paradigma mixto, el cual permitirá obtener datos cualitativos que darán mayor entendimiento de este fenómeno.
- SÉPTIMO:** Elaborar talleres dirigidos a los profesionales inmersos en la recepción, derivación y tratamiento de las mujeres víctimas de violencia, para así fomentar la sensibilización respecto a este tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anónimo (2005). Marco conceptual de la teoría del apego. *Revista digital universitaria*, 6 (11) ,1. Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm>
- Aguilar, P. & Rodríguez, P. (2015). Resiliencia Y Actitudes Frente A La Violencia Conyugal En La Libertad. *UCV-SCIENTIA/Journal of Scientific Research of University Cesar Vallejo* , 17 (2), 30-35. DOI:<https://doi.org/10.5377/farem.v0i13.2569>
- Alencar, R., & Cantera, L. (2012). *Violencia de Género en la Pareja: Una revisión teórica.* (Tesis de doctorado grado). Recuperado de <https://ddd.uab.cat/record/130820>
- Amar, J., & Berdugo M (2006) Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *Psicología desde el Caribe*,(18).1-22. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301802.pdf>
- American Psychological Association (2019). *Camino a la resiliencia.* Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>.
- Artavia, C., & Carranza ,M. (2012). *Estilos de apego en mujeres que permanecieron expuestas a situaciones de violencia en sus relaciones de noviazgo durante la adolescencia tardía* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2063/1/35131>
- Barroso, O. (2011). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja .*Revista Digital de medicina psicosomática y psicoterapia* .Recuperado [http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Apego\\_Adulto.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf)

Bellido, F., & Bellido, V. (2013). *Investigación Psicologica: el proyecto de investigación científica*. Arequipa.

Bowlby, J. (1998) *El apego y la pérdida* Apego España: Paidós.

Brun, F. (2016).*El Papel De La Resiliencia En El Proceso De Salida De La Violencia Doméstica* (tesis De pregrado). Recuperado [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo\\_final\\_de\\_grado\\_0.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_0.pdf).

Caso, A. (2017). *Apego adulto en y resiliencia en un establecimiento penitenciario de lima* (tesis de pregrado).Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9824/Caso%20Martinez\\_Apego\\_adulto\\_resiliencia1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9824/Caso%20Martinez_Apego_adulto_resiliencia1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Carrillo, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L., Vega L., & Díaz, S. (2004).Patrones de apego en familias de tres generaciones: Abuela, Madre Adolescente. *Revista latinoamericana de Psicología Colombia* ,36(3) ,409-430. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536304>

Ccasa, M., & Zapana, R. (2018). *Desarrollo Del Apego Y Resiliencia En Los Internos Varones Del Penal De Socabaya De Arequipa* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5801/PSclampdf?sequence=1&isAllowed=y>

Chahua, M. & Machaca, J. (2018) *Habilidades sociales educativas parentales de madres que han sufrido violencia conyugal y su influencia en problemas de conducta de sus hijos de 6 a 12 años.* (Tesis de pregrado).Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6951>

Chamorro,L. (2012) El apego su importancia para el pediatra .*Revista Pediátrica de Asunción*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=4221475>

- Cobos, E. (2016). *Apego, resiliencia y afrontamiento: un estudio con víctimas de violencia de género* (tesis de doctorado). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/38848/1/T37657.pdf>
- Cordero, V., & Teyes, R. (2016) .Resiliencia en mujeres en situación de violencia doméstica .*Revista omnia* ,22(2), 107-118. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/737/73749821009>.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos: la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.* Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/>.
- Cyrulnik, B. (2019, mayo 25). El dolor es inevitable, el sufrimiento opcional [video file]. Recuperado de [https://youtu.be/\\_IugzPwpsyY](https://youtu.be/_IugzPwpsyY)
- Echeburúa, E. (2003). *Personalidades violentas*. Madrid España Pirámide.
- El peruano (2015). Ley Nro. 30364 “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”. Publicado el 22 de noviembre del 2015. Lima: Perú.
- Espina, A. Violencia en la familia y terapia familiar En C. Pérez Testor (comp.). (2005) Universidad Ramón Llull. Barcelona, España. Recuperado de <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/26apego%20y%20violencia%20familiar>
- Estrada, k., & Tobo, M. (2011).*Nivel De La Resiliencia En Mujeres Maltratadas Por Su Pareja* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://polux.unipiloto.edu.co:8080/0000235.pdf>
- Eyras, M. (2007). *La teoría del apego. Fundamentos y articulaciones de un modelo integrador* (tesis de pregrado). Recuperado de [https://www.academia.edu/34912496/TEOR%C3%8DA\\_DEL\\_APEGO\\_Visi%C3%B3n\\_I](https://www.academia.edu/34912496/TEOR%C3%8DA_DEL_APEGO_Visi%C3%B3n_I)

Garcés, V. (2012). *Determinación de los factores que incrementan la funcionalidad en las relaciones de pareja .Un estudio desde la teoría del apego.* (tesis de pre grado).

Recuperado de <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/170>

García, M., & Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/773/77325885001.pdf>

Gil, G. (2010). La Resiliencia: Conceptos Y Modelos Aplicables Al Entorno Escolar. *El Guiniguada Revista Dge Investigaciones Y Experiencias En Ciencias De La Educación*, (19) ,27-42 .Recuperado de file:///C:/Users/Rolando/Downloads/421-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1590-1-10-20151203.pdf

Gomez, E. & De Paul J. ( 2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones. *Psicothema*. 15, 452-457

Gonzales, J. (2015).*Estudio realizado con esposas profesionales de la Coordinación Técnica Administrativa De Educación, Municipio De San Pedro Soloma, Huehuetenango* (tesis de pre grado). Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesis/eortiz/2015/05/22/Gonzalez-Juana.pdf>

Gonzales, J., Zúñiga , J., Aguilón , J., & Jiménez , V. (2017). La Resiliencia En Un Modelo Integrador Ante La Existencia De Escenarios Paternalistas En El Programa Tutorial De Estudiantes De La Fca-Un De La Uadec. *INCEPTUM*, 12 (23) ,51-66. Recuperado de <https://www.inceptum.umich.mx/index.php/inceptum/article/viewFile/342/321>

González, L., & Paredes, L.(2017). Apego y Resiliencia. *CienciAmérica : Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 6(3), 102-105. Recuperado de file:///C:/Users/Rolando/Downloads/DialnetApegoYResiliencia6163691%20.

Guzmán, M., Contreras, V., Martínez, A. & Rojo, C. (2016). Asociación entre los estilos de apego y violencia física recibida en relaciones de pareja en estudiantes universitarios. *Revista argentina de clínica psicológica*, 25(2), 177-185. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990008.pdf>

Gutiérrez, M., & Rodríguez, N. (2015). Resiliencia En Mujeres Sobrevivientes De Violencia De Género. *Revista Científica de FAREM-Estelí Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*. (13), 75-80. DOI: <https://doi.org/10.5377/farem.v0i13.2569>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Recuperado <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sextaedicion.compressed.pdf>

Justicia tv (2016, Mayo 18). Introducción a la ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. [video file]. Recuperado de <https://youtu.be/WNsvHsw5vX4>.

Kotliarenco, M., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). *Estado De Arte En La Resiliencia*. Recuperado de <http://bp000695.ferozo.com/wpcontent/uploads/2013/02/Resiliencia.pdf>.

Labrador, C. (2016). *Empoderamiento de Mujeres Supervivientes De Violencia De Género* (tesis de pregrado). Recuperado de <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle>

/10498/18540/Labrador%20Rivera%2C%20C.%20Trabajo%20Fin%20de%20G  
rado.%20Rodin.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Loubat, O., & Ponce P., Salas P. (2007, noviembre 21) Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia psicológica*, 25(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78525202.pdf>

Melero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación* (tesis doctoral). Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/66482>.

Ministerio De La Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). Protocolo interinstitucional de acción frente al feminicidio, tentativa de feminicidio y violencia de pareja de altorriesgo. Recuperado de: <http://mimp.gob.pe/files7novedades/protocolo-interinstitucional-feminicidio.pdf>.

Ministerio De La Mujer y Poblaciones Vulnerables (2019). Estadísticas sobre feminicidios. Recuperado de: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=39#>.

Minuchin, S. (2019, setiembre 24). “Terapia sistémica estructural”. [ video file]. Recuperado de [https://youtu.be/Y6\\_fHBbe-IQ?t=63](https://youtu.be/Y6_fHBbe-IQ?t=63)

Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr* ,85 (3): 265-268. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062014000300001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300001)

Morianas, G. (2015). Barreras para escapar de la violencia de género: la mirada de las profesionales de los centros de protección de mujeres. *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1), 93-102. Recuperado de [file:///C:/Users/Rolando/Downloads/44401-Texto%20del%20artículo-85774-3-10-20150909%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Rolando/Downloads/44401-Texto%20del%20artículo-85774-3-10-20150909%20(7).pdf)

- Nóblega, M., & Traverso, P. (2013). Confiabilidad y validez de constructo del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir. *Pensamiento Psicológico*, 11, (1), 7-2. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80127000008.pdf>
- Papalia D, Wendkos S, Duskin (11) (2009) *Desarrollo humano* China Mac Graw Hill.
- Pinto, C. (2014). Resiliencia psicológica: una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil. *revista Dialnet*, 11(2), 19-33. Recuperado de file:///C:/Users/Rolando /Downloads/Dialnet resilienciaPsicologica 4953998%20(1).pdf
- Organización Mundial de la Salud (2019). Violencia contra la mujer. Recuperado de [https://www.who.int/topics/gender\\_based\\_violence/es/](https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/).
- Ortiz, E. (2002). La teoría del apego. Un enfoque actual. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*. Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000198&a=La-teoria-del-apego-Un-enfoque-actual>.
- Rivera (2017). Tipología de la violencia. Recuperado de <http://www.repo.funde.org/1245/1/2-Tipo-Viol.pdf>
- Romero, H. (2015). *El estilo de apego en la violencia contra la mujer, en la provincia de Santa Elena, Ecuador* (tesis de doctorado). Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/8082/Romero\\_uh % 20%20R esumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/8082/Romero_uh % 20%20R esumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Salvador, L. (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (1), 103-113. Recuperado de file:///C:/Users/Rolando/Downloads/416-1455-1-PB%20(5).pdf

Sevilla, V. (2014). *Resiliencia. Revisión Bibliográfica* (tesis de pregrado). Recuperado de  
[http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/956/1/TFG\\_SevillaMartin,Vanesa.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/956/1/TFG_SevillaMartin,Vanesa.pdf)

Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología Del desarrollo.  
*Revista de Psicodidáctica Vol. 10(2),61-80.*Recuperado de  
<https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>

Vargas, J., & Montalvo, A. (2017). *Proceso De Resiliencia Para La Superación De Riesgos Sociales En Los Niños, Niñas Y Adolescentes De La Ong GEMA-Huancayo 1990-2016* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3920/Vargas%20Tupacyupanqui%20Morale.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wagnild, G., & Young, H. (1993). Escala de resiliencia (ER). Recuperado de file:///H:/LIZ/ESCALA \_DE\_RESILIENCIA\_DE\_WAGNILD\_Y\_YOUNG.pdf

Walker, L. (2004). *Síndrome de la mujer maltratada.* Recuperado de <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433026095.pdf>

Zalapa, E., García, Y., & Figueroa, G. (2015).Resiliencia En Mujeres Morelianinas Separadas Por Violencia Conyugal . *UCV-SCIENTIA/ Journal of Scientific Research of University Cesar Vallejo,14(2).* Recuperado de [http://revistas.ucv.edu/index.php/R\\_PSI/article/view/192/102](http://revistas.ucv.edu/index.php/R_PSI/article/view/192/102)

# ANEXOS

**ANEXO 1:** Solicitud de aplicación Micro Red De Salud de Cerro Colorado.

**ANEXO 2:** Constancia de aplicación Micro Red De Ciudad De Dios.

**ANEXO 3:** Consentimiento informado.

**ANEXO 4:** Escala de resiliencia (ER).

**ANEXO 5:** Cuestionario de los modelos internos de representación (CAMIR).

**ANEXO N°1****SOLICITUD A LA MICRO RED DE SALUD DE CERRO COLORADO****AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL**

**SOLICITO:** Permiso para realizar trabajo de investigación en mujeres con violencia de género.

**SR. JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD DE CERRO COLORADO**

**DR. EDMUNDO LOAYZA**

Yo, Begazo Miranda Liz Estílita, identificada con DNI N° 44545257 con domicilio en la Urbanización Victor A. Belaunde Mz T Lot 3 – Cerro Colorado. Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado los estudios de la Carrera Profesional de Psicología, en la Universidad Nacional de San Agustín, solicito a Ud. Permiso para poder realizar el trabajo de investigación “ESTILOS DE APEGO EN LA RESILIENCIA DE LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO” en el Centro de Salud Alto Libertad – Cerro Colorado y en el SESMA “San Martín de Porres” - Alto Libertad – Cerro Colorado. Con dicha investigación, pretendo optar el grado de Psicóloga, junto a mi compañera de estudios Elizabeth Sharon Rodrigo Apaza.

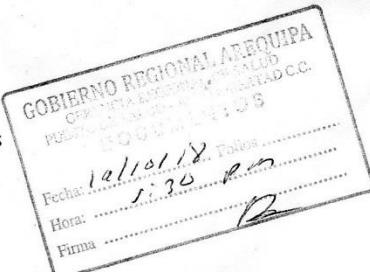
**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a Ud. Acceder a mi solicitud

Arequipa, 11 de octubre del 2018

  
Adjunto:  
Constancias de egreso  
Constancia de prácticas pre - profesionales

  
Liz Estílita Begazo Miranda  
DNI 44545257



## ANEXO N°2

### CONSTANCIA DE LA MICRO RED DE SALUD DE CIUDAD DE DIOS



*"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES"*  
*"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"*



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

### CONSTANCIA

**LA JEFA DE LA MICRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS**  
**C.D. ROSA MARIA JAYMEZ ZEGARRA A NOMBRE DEL MINISTERIO DE SALUD**

**DA CONSTANCIA:**

Que las Señoritas **LIZ ESTILITA BEGAZO MIRANDA** y **SHARON ELIZABETH RODRIGO APAZA**, Bachilleres en Psicología, de la Universidad Nacional de San Agustín, aplicaron los instrumentos correspondientes a la Investigación **"Influencia de los estilos de apego en la resiliencia de las mujeres vistimas de violencia"**, dentro del tiempo correspondiente del 02/01/2019 hasta el 13/02/2019, en mujeres que en algún momento de sus vidas hubo violencia psíquica hacia ellas, siendo siete (7) las personas que aceptaron voluntariamente participar, concluyendo con las respuestas a los instrumentos aplicados.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas

Arequipa, 18 de Febrero del 2019



RMTJZ/bca  
C. c.

[www.redperiferica.aqp.gob.pe](http://www.redperiferica.aqp.gob.pe)

AREQUIPA SOMOS TODOS

MICRO RED DE SALUD CIUDAD DE DIOS  
Km. 14 Cte. 10 Mz F. Lt. 1 Ciudad de Dios –  
Yura  
Teléfono 054- 297494 – Celular 924398825

**ANEXO N°3****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a quienes participan en esta investigación una clara explicación sobre la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Begazo Miranda Liz y Rodrigo Apaza Elizabeth, de la Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. El objetivo de este estudio es relacionar los estilos de apego con los niveles de resiliencia en las mujeres víctimas de violencia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder de manera anónima a las preguntas que aparecerán en dos cuestionarios. Esto tomara aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La información recopilada tendrá fines estrictamente académicos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los convenientes a esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez procesados los datos de los cuestionarios, estos se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Begazo Miranda Liz y Rodrigo Apaza Elizabeth. He sido informada sobre el objetivo de este estudio que es relacionar los estilos de apego con los niveles de resiliencia en las mujeres víctimas de violencia.

Me han indicado también que tendré que responder a dos cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Begazo Miranda Liz y Rodrigo Apaza Elizabeth.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al correo electrónico anteriormente mencionado

Fecha: / /

---

Nombre del Participante  
(En letras de imprenta)

Firma del Participante

## ANEXO N°4

### ESCALA DE RESILIENCIA (ER)

		Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy de desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Cuando planeo algo lo realizo							
2.	Generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3.	Dependo más de mi mismo(a) que de otras personas							
4.	Es importante para mi mantenerme interesado(a) en las cosas							
5.	Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo							
6.	Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas al mismo tiempo							
7.	Usualmente ver las cosas a largo plazo							
8.	Soy amigo(a) de mi mismo(a)							
9.	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10.	Soy decidido(a)							
11.	Rara vez me pregunto cual es la finalidad de todo							
12.	Tomo las cosas uno por uno							
13.	Puedo enfrentar las dificultades porque los he experimentado anteriormente							
14.	Tengo auto disciplina							
15.	Me mantengo interesado(a) en las cosas							
16.	Por lo general encuentro algo de que reírme							
17.	El creer en mi mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.							
18.	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							
19.	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20.	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera							
21.	Mi vida tiene significado							
22.	No me lamento de las cosas por lo que no pudo hacer nada							

**Instrucciones**

A continuación se les presentará una serie de frases a las cuales usted responderá. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal sobre sí mismo(a).

## ANEXO N°5

### **Cuestionario De Los Modelos Internos De Representación (CAMIR).**

1. En mi familia, las experiencias que cada uno tiene afuera son una fuente de conversación y de enriquecimiento para todos.
2. De niño(a) me dejaban pocas oportunidades para experimentar por mí mismo.
3. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles.
4. En mi familia, cada uno expresa sus emociones sin temer a las reacciones de los otros
5. Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.
6. En caso de necesidad, estoy seguro(a) que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.
7. Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo he sido
8. En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.
9. De niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos
10. Pienso que he sabido devolver a mis padres el cariño que ellos me han dado.
11. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas.
12. Detesto el sentimiento de depender de los demás.
13. Aunque sea difícil de admitir, siento cierto rencor hacia mis padres.
14. Sólo cuento conmigo para resolver mis problemas.
15. De niño(a), a menudo mis seres queridos, se mostraban impacientes e irritables.
16. Cuando era niño(a), mis padres habían renunciado a su papel de padres.
17. Más vale no lamentarse mucho de una pérdida, de un duelo, para poder superarlo.
18. A menudo, dedico tiempo a conversar con mis seres queridos.
19. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.
20. No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.
21. De niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.
22. Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos
23. De niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer.
24. Los adultos deben de controlar sus emociones hacia los niños, ya sea de placer, amor o cólera.
25. Me gusta pensar en mi niñez.
26. De adolescente, nunca nadie de mi entorno, ha entendido del todo mis preocupaciones.
27. En mi familia, cuando uno de nosotros tiene un problema, los otros se sienten implicados.
28. Actualmente, creo comprender las actitudes de mis padres durante mi niñez.
29. Mis deseos de niño(a) contaban poco para los adultos de mi entorno
30. De niño(a), los adultos me parecían personas preocupadas, sobre todo, por sus propios problemas.

31. Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia
32. Tengo la sensación que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.
33. De niño(a), les tenía miedo a mis padres.
34. Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.
35. Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia
36. Me siento en confianza con mis seres queridos.
37. Realmente, no me acuerdo de la manera en que veía las cosas cuando era niño(a).
38. En mi familia de origen, conversábamos más sobre los demás, que sobre nosotros mismos
39. De niño(a), me preocupaba que me abandonaran
40. De niño(a) me animaron a compartir mis sentimientos.
41. No me han preparado psicológicamente lo suficiente sobre la realidad de la vida.
42. Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.
43. Los padres deben mostrar a su hijo(a) que se quieren.
44. De niño(a), hacía que los adultos se enfrentaran entre ellos para conseguir lo que quería.
45. De niño(a), he tenido que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.
46. No llego a tener una idea clara de mis padres y de la relación que tenía con ellos.
47. No me han dejado disfrutar mi niñez.
48. Yo era un(a) niño(a) miedoso(a)
49. Es esencial trasmitir al niño el significado de la familia.
50. De mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.
51. Tengo dificultad para recordar con precisión los acontecimientos de mi infancia.
52. Tengo la sensación de no haber podido afirmarme en el ambiente donde he crecido.
53. Aunque no sea cierto, siento que tuve los mejores padres del mundo.
54. De niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a).
55. De niño(a), me inculcaron el temor a expresar mi opinión personal.
56. Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo.
57. Nunca tenido he tenido una verdadera relación con mis padres.
58. Mis padres siempre han tenido confianza en mí.
59. Cuando yo era niño(a), mis padres abusaban de su autoridad
60. Cada vez que trato de pensar en los aspectos buenos de mis padres, recuerdo los malos.
61. Tengo la sensación de haber sido un niño(a) rechazado(a).
62. Mis padres no podían evitar controlarlo todo, mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.
63. Cuando era niño(a) había peleas insopportables en casa.
64. En mi familia vivíamos aislados.
65. Es importante que el niño aprenda a obedecer
66. De niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo
67. Cuando recuerdo mi infancia siento un vacío afectivo.

68. La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud
69. Hay un buen entendimiento entre los miembros de mi familia
70. De niño(a), a menudo tenía la sensación que mis seres queridos no estaban muy seguros de la validez de sus exigencias.
71. Durante mi niñez, he sufrido la indiferencia de mis seres queridos.
72. A menudo, me siento preocupado(a) sin razón por la salud de mis seres queridos.

## **HOJA DE RESPUESTAS**

Nombre..... Edad:.....

**Tabla 01**

## **Tabla 02.**

A continuación, traslada a la siguiente tabla los datos de la tabla 1 y 2 adjuntándole una puntuación en función de la columna en la que se encuentra A = 5; B =4; C= 3; puntos; D= 2; E = 1 puntos.

Tarjetas N.	<u>Etapa 1</u>	<u>Etapa 2</u>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
10		
21		
22		

23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		

48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		

# CASOS CLÍNICOS

- **CASO 1:** BEGAZO MIRANDA,  
LIZ ESTILITA.
- **CASO 2:** RODRIGO APAZA  
ELIZABETH SHARON

# CASO NRO. 1

**BEGAZO MIRANDA, LIZ ESTILITA**

## HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

### ANAMNESIS

#### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre y apellidos : F.Q.C.C.  
 Edad : 57 años  
 Sexo : Masculino  
 Fecha de nacimiento : 04/06/1960  
 Lugar de nacimiento : Arequipa  
 Grado de instrucción : Secundaria completa  
 Ocupación : Obrero en construcción civil  
 Estado civil : Soltero  
 Religión : Católica  
 Informante : El paciente  
 Lugar de Evaluación : CESMA – Alto Libertad  
 Evaluadora : Liz E. Begazo Miranda  
 Bachiller en psicología  
 Fechas de Evaluación : 07/ 11/ 17 – 06/12/17

#### **II. MOTIVO DE CONSULTA**

Francisco acude a consulta manifestando tener una mala comunicación con sus dos hermanas con quienes vive, manifiesta que el medio donde vive, junto a sus hermanas, la

mayor parte del tiempo es tenso, hay discusiones, gritos, enojos, indiferencia, poca tolerancia entre ellos mismos. Refiere sentirse frustrado, culpable de la situación familiar en la que vive. Por otra parte, Francisco manifiesta que también siente culpabilidad por el estado de salud mental de su sobrino que padece de esquizofrenia.

### **III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**

Francisco comenta que la relación con sus hermanas era tensa, desde que eran niños, mostrándose él con un carácter irritable, el cual se fue acentuando de forma progresiva hasta la adultez temprana, manifiesta que esto podría deberse a que observaba a su papá la mayor parte de veces colérico, malgeniado y siendo agresivo principalmente con su madre, lo que le llevaba a pensar que esa era la manera en que se tenía que vivir. Expresa que a los cinco años aproximadamente su papá se ausenta de su casa, y es desde ese hecho, se muestra mucho más enojado, irascible, molestándose “de todo”, haciéndose estas características mucho más constantes cuando era adolescente; refiere que al ser el único varón que estaba en casa, consideraba que tenía que hacerse responsable de su familia, desmereciendo la autoridad de su mamá, y controlando las actividades de sus hermanas, menciona que si algo no estaba como él lo había indicado las agredía verbalmente con gritos, insultos y palabras groseras o reaccionaba tirando las cosas, de la misma manera como recordaba que lo hacía su padre. Al cumplir la mayoría de edad refiere que su mamá se dedicaba más a sus trabajos en terrenos de cultivo y él se atribuye mayor autoridad sobre sus hermanas. Cuando sus hermanas llegan a ser adolescentes, Francisco manifiesta que le desagrada que ellas tuvieran amistades nuevas, negándose a que ellas mantuvieran alguna relación amorosa, o que tuvieran actividades extra académicas como paseos del colegio, manifiesta que le ponía de mal humor si observaba a sus hermanas fuera de la casa conversando con sus

amigas, por lo que reaccionaba de forma violenta gritando y recordándoles sus quehaceres domésticos.

Francisco comenta que su hermana inmediata menor se embarazó a los 23 años, y al enterarse de ello se sintió defraudado, colérico, indiferente con su hermana, constantemente le recordaba que él había apoyado económicaamente con los recursos para la casa; ante estos sucesos, su hermana decide retirarse de casa junto a su hijo, manteniendo muy poca comunicación con su mamá y hermanos por varios años. Aproximadamente a los once años después de que su hermana salió del hogar, Francisco llega a saber del estado de salud mental de su sobrino, quien tenía comportamientos fuera de sí (delirios, alucinaciones auditivas, tendencia a la masturbación), ante este hecho apoya a su hermana en los gastos de su sobrino, entre ellas las visitas médicas y hospitalizaciones, observando de cerca la nostalgia y frustración de su hermana por la salud de su hijo; por esta situación, Francisco refiere sentirse culpable de lo ocurrido con su hermana y sobrino, generando en él sentimientos de cólera y rencor a sí mismo, por ello procura mantener vivencias armoniosas junto a sus hermanas con quienes vive, sin embargo esto no sucede ya que según afirma tanto él como sus hermanas reaccionan de forma inadecuada (con enojos, ironías o de forma indiferente), considera que ellas también deben sentirse agobiadas, frustradas, y con rencor hacia él.

Actualmente manifiesta que la intensidad de sus enojos se mantiene en determinadas situaciones (en casa, al momento de ponerse de acuerdo sobre la comida; fuera de casa cuando lo empujen en el carro o cuando le levanten la voz en la calle o en el trabajo).

## IV. ANTECEDENTES PERSONALES

### A. PERIODOS DEL DESARROLLO

#### a) *Etapa pre-natal: embarazo y gestación.*

Francisco indica ser el segundo de 4 hijos, tiene un hermano mayor, y dos hermanas menores. Desconoce si su madre tuvo abortos previos, respecto al estado emocional de su mamá asume que no fue el esperado, asegurando que la tristeza sería una emoción casi constante en ella, ya que a su papá lo recuerda siempre agresivo y desentendido de las necesidades de su hogar; siendo probable que su madre haya sido agredida físicamente durante el embarazo, además de no tener el descanso necesario puesto que era ella quien tenía que trabajar para solventar los gastos de casa, principalmente los de la alimentación.

#### b) *Etapa natal: parto*

En cuanto a su nacimiento, Francisco, recuerda que su mamá le comentaba que nació en la casa, con ayuda de una partera, su coloración era roja, de su peso y talla asume que debió ser dentro de lo normal.

#### c) *Etapa Post – natal*

##### ✓ *Desarrollo Psicomotor.*

Francisco asume no haber tenido dificultades en el lenguaje ni en el desarrollo motor, y en cuanto al control de esfínteres si hubo dificultades, recuerda que en el día podía ir al baño por si solo desde los 3.5 años aproximadamente, controlando los esfínteres anal y vesical, sin embargo, por la noche le tomó más tiempo controlar el esfínter vesical, miccionando en la cama hasta los doce años.

##### ✓ *Etapa escolar*

Francisco ingresa a la escuela a la edad de 7 años, afirma haber tenido dificultades en la lectura y la escritura, no le agradaba el colegio ya que se sentía rechazado por sus

compañeros al no contar con los materiales necesarios para sus actividades académicas (cuadernos, útiles de escritorio, uniforme). Manifiesta que no tuvo apoyo de sus padres en ningún sentido, y constantemente su mamá lo llevaba donde personas conocidas (familiares, amigos u otras personas cercanas a la familia) para que la ayudaran con la crianza de él, y a cambio de esto, Francisco tenía que ayudarles a trabajar, principalmente en labores agrícolas. Refiere que en la escuela se hizo amigo de un compañero que lo consideraba estudioso y le brindaba su ayuda, por ello es que no ha repetido en ningún grado.

Al ingresar a la secundaria, refiere que las características socioemocionales de su niñez se mantuvieron, por otro lado, en esta etapa trabajaba más seguido, y con mayor recompensa económica, pero no apoyaba a su familia como le hubiera gustado, porque prefería compartir y gastar sus ganancias en pasatiempos con sus amigos del barrio, jugando futbol o consumiendo bebidas alcohólicas.

#### ***d) Desarrollo y funcionamiento sexual***

##### ***✓ Aspecto psicosexual y matrimonio***

Francisco, manifiesta que se identificó con el sexo masculino a los 4 años de edad aproximadamente; en su adolescencia, sus relaciones amorosas estuvieron marcadas por el machismo, cambiaba de enamoradas muy fácilmente si algo le desagradaba de ellas. A los 16 años tuvo su primera relación sexual, de la cual recuerda que fue una “obligación” por parte de la institución armada a la que pertenecía (ejército peruano).

Respecto al matrimonio manifiesta que era un tema que no le llamaba mucho la atención, y actualmente al verse sin pareja le causa sentimientos de nostalgia, comenta que cuando se encuentra con sus ex enamoradas y sus respectivas familias, Francisco se siente “fracasado” optando por agachar la cabeza o simular que no los observó.

## **B. HISTORIA DE LA RECREACIÓN Y DE LA VIDA**

En cuanto a la vida social y recreación de Francisco, menciona que en sus momentos libres prefiere quedarse en casa, mirar televisión o leer revistas de interés político.

## **C. ACTIVIDAD LABORAL**

Francisco, refiere conocer sobre trabajos agrícolas, actualmente trabaja como obrero de construcción civil.

## **D. SERVICIO MILITAR**

Francisco, ha realizado servicio militar, del cual asegura que ha sido la mejor etapa de su vida, ya que no tenía preocupación de nada; refiere que los ejercicios físicos no le causaban mayor cansancio ni molestias, por lo contrario, se sentía a gusto realizándolos. Así mismo comenta que a diferencia de sus compañeros, a él no le preocupaba en lo absoluto posibles conflictos bélicos.

## **E. RELIGIÓN**

La religión que profesa Francisco es católica, manifiesta no ser muy partícipe de misas o fiestas religiosas afines, pero se identifica con esta religión.

## **F. HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TOXICAS**

Respecto a la ingesta de sustancias tóxicas, Francisco comenta que a los 16 años ingiere, Kerosene, en “un arranque de ira”, con el afán de calmar su angustia, comenta que era consciente que alguien la ayudaría a salvarse y no le traería mayores problemas para su organismo, menciona también que siendo adolescente tenía el hábito de consumir alcohol con elevada frecuencia (3 días consecutivos) llegando a un estado de embriaguez, donde muy fácilmente perdía la cordura.

## **G. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES**

- ✓ Enfermedades y accidentes.

No refiere haber tenido enfermedades o accidentes de gravedad considerada.

✓ Personalidad Premórbida

En cuanto a la personalidad premórbida, Francisco desde su niñez mostró rasgos de irritabilidad e impulsividad, reaccionando de manera “tosca” cuando no se cumplía las indicaciones que les daba a sus hermanas, intensificándose estas características en la etapa de la adolescencia.

## **V. ANTECEDENTES FAMILIARES**

### **A. COMPOSICIÓN FAMILIAR**

Francisco tiene un hermano mayor y dos hermanas menores que él. Vivió con su papá hasta los cinco años y con su mamá hasta los 47 años. Actualmente vive con sus dos hermanas menores de 55 y 53 años de edad, además de su sobrino, de 32 años.

### **B. DINÁMICA FAMILIAR**

La convivencia con sus hermanas, según señala Francisco, desde mucho antes y al momento es tensa, constantemente hay reclamos, disgustos, indiferencias, muchas veces faltándose el respeto con palabras hirientes.

## **VI. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA**

La condición socioeconómica de Francisco, es media baja, ya que la actividad laboral de los miembros de su familia es eventual, aportando todos a la economía del hogar.

## **RESUMEN**

Francisco, de 57 años, refiere haber vivido en un medio tenso, desde pequeño vivió el estilo parental autoritario y agresiones tanto físicas como psicológicas (insultos hacia a los miembros de su familia) por parte de su padre, desatención por parte de la madre, carencia de afecto y amor en el hogar. Su desarrollo psicomotor fue dentro lo esperado. Francisco presentó enuresis nocturna hasta los doce años de edad. Ingresó a la escuela a los siete años,

donde las condiciones fueron desfavorables ya que no contaba con los recursos necesarios para su formación educativa. Tuvo conductas nocivas en contra de su salud bebiendo kerosene, atribuyendo este hecho a sus estados de ira. Manifiesta que durante el tiempo que prestó servicio militar encontró satisfacción en su vida, describiendo estas vivencias como la mejor etapa de su vida. Actualmente le preocupa la dinámica familiar que lleva con sus hermanas y la salud mental de su sobrino, ya que comparten el domicilio de sus padres.

## EXAMEN MENTAL

### I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos : F.Q.C.C.  
 Edad : 57 años  
 Sexo : Masculino  
 Fecha de nacimiento : 04/06/1960  
 Lugar de nacimiento : Arequipa  
 Grado de instrucción : Secundaria completa  
 Ocupación : Obrero en construcción civil  
 Estado civil : Soltero  
 Religión : Católica  
 Informante : El paciente  
 Lugar de Evaluación : CESMA – Alto Libertad  
 Evaluadora : Liz E. Begazo Miranda  
 Bachiller en psicología  
 Fechas de Evaluación : 07/ 11/ 17 – 06/12/17

### II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Francisco aparenta mayor edad de la que refiere, es de tez clara, estatura promedio (1.65 aproximadamente), ojos marrones, vestimenta ordenada y sencilla, con un adecuado arreglo personal, con un tono de voz adecuada. Su postura es erguida, de andar rápido. Al referir su problema, Francisco se muestra nostálgico, preocupado por la dinámica familiar que

mantiene con sus hermanas y por el estado de salud mental de su sobrino (diagnosticado con esquizofrenia). Expresa deseos de mejora. Su actitud durante la aplicación de los instrumentos de evaluación fue en todo momento amable y colaboradora, cumpliendo con las indicaciones que se le dió.

### **III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN**

#### **A. ATENCIÓN.**

Al momento de la evaluación Francisco mantiene una atención selectiva, sostiene el contacto visual, acentúa la cabeza de forma afirmativa cuando está de acuerdo con las afirmaciones que se le dice, concentrándose en lo que se le solicitaba (resolver operaciones matemáticas sencillas). No se evidencia desordenes de la atención como distraibilidad o hipoprosenia.

#### **B. CONCIENCIA.**

Su nivel de conciencia es bueno, pertenece al segundo nivel, es decir la persona está lucida.

#### **C. ORIENTACIÓN**

Francisco se muestra orientado en tiempo, espacio y persona. Responde acertadamente al tiempo transcurrido a partir de fechas importantes (vivencias en el ejército, nacimiento de su sobrino y sucesos acontecidos con sus hermanas), identifica correctamente el día, el mes y el año en el que se encuentra al momento de la evaluación. Se encuentra orientado en el espacio ya que reconoce el lugar donde se encuentra en el momento, así como también la ubicación de su domicilio, discrimina adecuadamente derecha e izquierda; con respecto a la orientación en persona, Francisco se encuentra orientado ya que se reconoce como masculino adulto, menciona su edad, y se identifica con el estado civil soltero, sin hijos.

## **IV. LENGUAJE Y PENSAMIENTO**

### **A. LENGUAJE**

Su lenguaje comprensivo, y expresivo se muestran aparentemente conservados ya que logra mantener una comunicación coherente, sobre un tema específico, articulando adecuadamente las palabras, con un ritmo apropiado ya que no mostró aceleración o enlentecimiento en el habla, tampoco se negó a responder los que se le preguntaba (mutismo).

### **B. PENSAMIENTO**

En cuanto al curso del pensamiento, este se encuentra aparentemente conservado, ya que, si bien puede comunicar lo que se le pregunta sin pasar de una idea a otra, Francisco, por momentos tiene ausencia de ideas, así mismo persiste en la idea de ser el culpable de la dinámica familiar que vive junto a sus hermanas.

Con respecto al contenido del pensamiento, se observa la presencia de ideas de autoacusación e ideas pesimistas.

## **V. MEMORIA**

Francisco, al momento de la evaluación, posee una adecuada memoria a corto plazo, ya que evoca recuerdos brindados para cumplir tareas dadas. En cuanto a la memoria a largo plazo, esta se encuentra aparentemente conservada puesto que recuerda datos biográficos, y episodios vividos en su niñez y adolescencia.

## **VI. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

Francisco posee un aceptable nivel de conocimientos de acuerdo a su medio, y a su grado de instrucción, muestra capacidad de razonamiento y juicio, puede continuar una secuencia lógica de operaciones numéricas.

## VII. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Durante la evaluación, Francisco mostró expresiones faciales variables, de serenidad y tristeza, de acuerdo a las preguntas que se le realizaba, acompañando con suspiros algunas respuestas, principalmente aquellas referidas a las vivencias con sus hermanas (denotando sentimientos de culpabilidad). Muestra también preocupación por la salud mental de su sobrino.

## VIII. GRADO DE COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA.

Francisco, tiene conciencia de la enfermedad, reconoce que esto repercute en su vida, principalmente en la relación con sus hermanas.

## RESUMEN

Francisco, de 57 años, al momento de la evaluación denota mayor edad de la que posee, su arreglo personal es aceptable. La actitud hacia la examinadora es adecuada, se muestra lúcido, con atención selectiva, orientado en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje comprensivo es adecuado, el lenguaje expresivo denota tristeza, preocupación y pocas esperanzas de un futuro mejor. En cuanto al pensamiento, tanto en curso y contenido presenta ideas recurrentes de culpabilidad. Muestra capacidad de razonamiento y juicio. Posee memoria de corto y largo plazo aparentemente conservada. Francisco, tiene conciencia de la enfermedad.

## INFORME PSICOMETRICO

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre y apellidos : F.Q.C.C.  
 Edad : 57 años  
 Sexo : Masculino  
 Fecha de nacimiento : 04/06/1960  
 Lugar de nacimiento : Arequipa  
 Grado de instrucción : Secundaria completa  
 Ocupación : Obrero en construcción civil  
 Estado civil : Soltero  
 Religión : Católica  
 Informante : El paciente  
 Lugar de Evaluación : CESMA – Alto Libertad  
 Evaluadora : Liz E. Begazo Miranda  
 Bachiller en psicología  
 Fechas de Evaluación : 07/ 11/ 17 – 06/12/17

### **II. OBSERVACIONES GENERALES**

Durante la entrevista, se le informó previamente a Francisco que se le aplicaría unos test psicológicos, ante ello mostró una actitud colaboradora; durante la evaluación evidenció disponibilidad, entusiasmo; realizó todas las pruebas que se le pidieron, esforzándose por

completarlas adecuadamente, responde los ítems de manera reflexiva en las preguntas referidas a su persona.

### **III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

#### **A) TÉCNICAS**

- Observación
- Entrevista psicológica

#### **B) INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS**

- Escala de ansiedad de Hamilton
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II
- Test de inteligencia de Raven
- Test de retención visual “Benton”

#### **C) INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

En la escala de ansiedad de Hamilton Francisco obtiene mayor puntuación en lo referido a ansiedad somática, las cuales hacen referencia a manifestaciones corporales como palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, sequedad en la boca, sudoración, dificultad para respirar y sensaciones de inestabilidad, nos indica también que Francisco acumula tensiones y posibles maltratos vividos en el pasado y que en el presente se evidencian como enojos, ira cólera, resentimiento y frustración.

En lo referido al Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, se obtiene indicadores elevados en patrones clínicos de la personalidad agresivo – sádico, lo cual sugiere que Francisco posee un patrón de conducta por el cual tiende a ser impetuoso e impulsivo con los demás y consigo mismo.

Se evidencias también puntuaciones elevadas en lo referido al patrón clínico de la personalidad antisocial, lo cual indica que Francisco tiende a actuar espontáneamente

de una manera inquieta, con poca reflexión, no considerando las alternativas ni prestando atención a las consecuencias, presenta intolerancia a la frustración. Siente que ha sido maltratado en el pasado.

En cuanto a la patología severa del inventario, Francisco muestra elevada puntuación en el campo de; borderline y paranoide, esto indica que hay probabilidades de que Francisco experimente periodos de abatimiento, dificultad en la regulación de las emociones, que frecuentemente están mezclados con enfado e inquietud. Así mismo presenta sentimientos de rabia y culpabilidad hacia los otros, también encontramos indicadores elevados de rasgos paranoides, evidenciándose desconfianza y recelo con las personas que están cerca, creyendo que le pueden hacer daño algún tipo de daño.

A cerca de los síndromes clínicos del instrumento se observa mayores indicadores de ansiedad, distimia y dependencia a las drogas. Entonces tenemos que Francisco podría mostrar hipersensibilidad en cualquier medio, como también, inquietud y susceptibilidad generalizada, pudiendo haberse visto afectado por un periodo de años con sentimientos de desánimos y culpabilidad. Así mismo; al momento de la evaluación da a entender que hay momentos o semanas que se encuentra bien, sin embargo, en un tiempo más prolongado se siente cansado, deprimido y nada le satisface (por los elevados puntajes en el indicador de distimia), y en cuanto a lo referido a la dependencia de alcohol y drogas, Francisco se muestra con tendencias al consumo de sustancias perjudiciales para su salud (ingesta de Kerosene y bebidas alcohólicas).

Al momento de la evaluación del área cognitiva, mediante el test de inteligencia de Raven, Francisco posee un nivel de inteligencia perteneciente a la categoría “definitivamente superior al término medio”, lo cual indica que Francisco tiene la

capacidad para actuar con propósito, y elaborar razonamiento que le permitan tratar de forma efectiva con su medio ambiente.

En el Test de retención visual “Benton” Francisco logra reproducir los diseños presentados de una forma aceptable, por ello se afirma que Francisco no presenta deterioro cognitivo que esté afectando la percepción visual, memoria a corto plazo y habilidades visoconstructivas.

## **RESUMEN**

A través de las pruebas evaluadas encontramos que Francisco, al momento de la evaluación posee un buen nivel de inteligencia, es decir que el paciente tiene capacidad de abstracción que le permite dar respuestas más o menos aceptable a los problemas cotidianos. En cuanto a la evaluación de la ansiedad mediante el test de ansiedad de Hamilton, Francisco tiene rasgos de ansiedad somática (sudor, palpitaciones); y con respecto a la personalidad de Francisco, el inventario clínico multiaxial de Millo II, muestra que el paciente tiene características de una personalidad caracterizada por poco control de impulsos, irritabilidad e inestabilidad emocional.

## INFORME PSICOLÓGICO

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre y apellidos : F.Q.C.C.  
 Edad : 57 años  
 Sexo : Masculino  
 Fecha de nacimiento : 04/06/1960  
 Lugar de nacimiento : Arequipa  
 Grado de instrucción : Secundaria completa  
 Ocupación : Obrero en construcción civil  
 Estado civil : Soltero  
 Religión : Católica  
 Informante : El paciente  
 Lugar de Evaluación : CESMA – Alto Libertad  
 Evaluadora : Liz E. Begazo Miranda  
 Bachiller en psicología  
 Fechas de Evaluación : 07/ 11/ 17 – 06/12/17

### **II. MOTIVO DE CONSULTA**

Francisco acude a consulta manifestando tener una mala comunicación con sus dos hermanas con quienes vive, menciona que el medio, donde vive, la mayor parte del tiempo es tenso, hay discusiones, gritos, enojos, indiferencia, poca tolerancia entre ellos mismos.

Por otra parte, Francisco, refiere sentirse frustrado, culpable de esta situación familiar y también de la salud mental de su sobrino que padece de esquizofrenia.

### **III) TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

#### **A) TÉCNICAS**

- Observación
- Entrevista psicológica

#### **B) INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS**

- Escala de ansiedad de Hamilton
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II
- Test de inteligencia de Raven
- Test de retención visual “Benton”

### **IV) ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Francisco refiere haber vivido en un ambiente tenso, donde su padre se caracterizaba por actuar de forma violenta, su madre por lo general estaba ausente, dedicándose a las labores agrícolas, su desarrollo psicomotor se dio dentro del tiempo esperado. En cuanto al control de esfínteres, hace mención que tuvo enuresis nocturna hasta los doce años de edad. Francisco afirma que en su niñez y principalmente en la adolescencia se mostrado fastidiado, molestándose con facilidad por las actitudes de sus hermanas cuando no se cumplía lo que él les indicaba, o cuando ellas participaban de actividades sociales.

El paciente realizó el servicio militar, describiendo esta etapa como una de las más placenteras de su vida.

Describe sus vivencias personales y familiares carentes de comprensión y afecto.

Al momento vive con sus hermanas y sobrino, menciona que este ambiente generalmente es caracterizado por la indiferencia, gritos y discusiones.

## V) ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Francisco, posee una inteligencia general superior, el cual le es favorable para responder de forma adecuada a las exigencias de sus vivencias; muestra tendencia a la agresividad, con poco control de impulsos, ello puede deberse a situaciones agobiantes vividas en el pasado, los cuales en el presente se muestran mediante el enfado y la ira, así mismo; el paciente denota ansiedad somática, siendo esta una de las maneras de expresar las emociones negativas que vive en su día a día. Por otro lado, Francisco posee flexibilidad al consumo de bebidas alcohólicas.

## VI) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Francisco posee actitudes y patrones de comportamientos desde la niñez y adolescencia, los cuales afectaron aspectos de su personalidad como la afectividad, el control de impulsos y principalmente el estilo de relacionarse con los demás, lo que ha generado sensaciones de inestabilidad, carácter combativo y malestar personal en Francisco; siendo estos rasgos propios de un **trastorno ansioso de la personalidad (F 60.6 del CIE – 10)**.
- Así mismo Francisco, posee ideas de culpa, con respecto a la vida de sus hermanas y a la enfermedad de su sobrino, sentimientos de inferioridad (cuando se encuentra con sus ex parejas y sus familias), poco interés por actividades sociales que antes le resultaban placenteras (jugar futbol con los amigos), siendo estos síntomas, pertenecientes al Episodio **depresivo leve (F 32.0 del CIE – 10)**.

## VII) PRONOSTICO: Reservado

### VIII) RECOMENDACIONES

- Terapia psicológica individual
- Terapia familiar
- Atención psiquiátrica

Fecha: 13/ 12 /2017

---

Liz Estilita Begazo Miranda  
Bachiller en psicología

## PLAN PSICOTERAPEUTICO

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre y apellidos : F.Q.C.C.  
 Edad : 57 años  
 Sexo : Masculino  
 Fecha de nacimiento : 04/06/1960  
 Lugar de nacimiento : Arequipa  
 Grado de instrucción : Secundaria completa  
 Ocupación : Obrero en construcción civil  
 Estado civil : Soltero  
 Religión : Católica  
 Informante : El paciente  
 Lugar de Evaluación : CESMA – Alto Libertad  
 Evaluadora : Liz E. Begazo Miranda  
 Bachiller en psicología  
 Fechas de Evaluación : 07/ 11/ 17 – 06/12/17

### **II. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

- Francisco posee actitudes y patrones de comportamientos desde la niñez y adolescencia, los cuales afectaron aspectos de su personalidad como la afectividad, el control de impulsos y principalmente el estilo de relacionarse con los demás, lo que ha generado sensaciones de inestabilidad, carácter combativo y malestar personal en Francisco;

siendo estos rasgos propios de un trastorno ansioso de la personalidad (F 60.6 del CIE – 10).

- Así mismo Francisco, posee ideas de culpa, con respecto a la vida de sus hermanas y a la enfermedad de su sobrino, sentimientos de inferioridad (cuando se encuentra con sus ex parejas y sus familias), poco interés por actividades sociales que antes le resultaban placenteras (jugar futbol con los amigos), siendo estos síntomas, pertenecientes al Episodio depresivo leve (F 32.0 del CIE – 10).

### **III. OBJETIVOS GENERALES**

- Elevar sus niveles de autoestima permanentemente, a fin de conseguir seguridad en sí mismo para realizar correctamente ciertas tareas en las que presenta dificultades.
- Brindar herramientas que faciliten al paciente controlar sus impulsos ante situaciones que le resultan tensas.
- Menguar y/o erradicar las conductas agresivas que presenta el paciente.
- Ofrecer al paciente estrategias que le permitan calmar sus sentimientos de culpabilidad
- Implantar hábitos útiles que le permita organizar y planificar sus tareas domésticas y escolares.

#### IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

##### A. SESIONES CORRESPONDIENTES AL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

Sesión Nro. 01	Ejercicios de respiración y relajación
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la práctica de una adecuada respiración</li> <li>- Reducir el grado de activación ante situaciones estresantes para el paciente.</li> </ul>
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minutos</li> </ul>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 laptop</li> <li>- 01 cd con música relajante</li> <li>- 01 ambiente libre de posibles distractores</li> </ul>
Descripción de la sesión	<p>En primer lugar, se le explicara al paciente la razón de ser de una respiración adecuada, así como también la importancia de la relajación; y el beneficio que trae las mismas para el organismo. Se le invitará al paciente a realizar ensayos previos, junto con la terapeuta, a fin de alcanzar mayores beneficios en la sesión.</p> <p>Se le pedirá al paciente que tome asiento, que busque su mayor comodidad, cierre los ojos y siga las instrucciones que se le dará.</p> <p>Al paciente se le dará instrucciones basadas en la relajación progresiva muscular de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Shultz.</p> <p>Al concluir, se le dará un tiempo al paciente para que se reincorpore en el “aquí y ahora”, para posteriormente hacer una retroalimentación de la sesión realizada.</p>

Sesión Nro. 02	Entrenamiento en autoinstrucciones
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar al paciente estrategias que le permita ser capaz de generar auto verbalizaciones internas correctos, realistas y que le permitan llevar a cabo las acciones que desea realizar.</li> </ul>
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minutos</li> </ul>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 hoja de papel boon</li> <li>- 01 lapicero</li> <li>- Material audiovisual</li> </ul>
Descripción de la sesión	<p>Se le pedirá al paciente que mencione algunas de las actividades que realiza en la vida cotidiana, y que las apunte, para luego identificar lo que piensa y hace respecto a las mismas.</p> <p>El paciente llevará a cabo dicha acción a partir de las instrucciones que propuestas por la terapeuta y acordada con el paciente. A continuación, se procederá a que sea el propio paciente quien se autoinstruya en voz</p>

	alta, para luego repetir el proceso en voz baja y finalmente mediante habla interiorizada.
--	--

Sesión Nro. 03	Restructuración cognitiva
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificar los esquemas de pensamiento del paciente permitiéndole identificar los patrones de pensamiento y su influencia sobre su propia vida, generando junto al paciente alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales, de tal manera que la persona pase a interpretar las cosas de otro modo,</li> <li>- Plantear diferentes expectativas de nuevos hábitos y desaparecer aquellos pensamientos generadores de malestar.</li> </ul>
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minutos</li> </ul>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 ficha con el esquema general del ABC de la terapia racional emotiva de Ellis</li> </ul>
Descripción de la sesión	<p>Se le planteará al paciente diferentes situaciones problemáticas, donde el paciente tendrá que manifestar cuales son las emociones que le causarían en la vida real; y con la ayuda del esquema general, se le propondrá nuevas formas de interpretación, ante las situaciones, de manera tal que contribuyan a una salud mental más óptima.</p>

Sesión Nro. 04	Entrenamiento en resolución de problemas
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar estrategias al paciente para que pueda afrontar situaciones que generen intranquilidad y angustia en el paciente.</li> <li>- Instruir al paciente para enfocar las situaciones complicadas del modo más constructivo posible, sin dejarse llevar por los miedos y la ansiedad.</li> </ul>
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minutos</li> </ul>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 ficha ( con los pasos para la resolución de problemas</li> </ul>
Descripción de la sesión	<p>Se le pedirá al paciente que mencione alguna situación que le haya generado problemas últimamente, posteriormente se le pedirá que mencione su estrategia para resolver este problema.</p> <p>Se tendrá en cuenta la estrategia del paciente y además se le propondrá una nueva estrategia en base a la ficha con los pasos para la resolución de problemas, dirigiendo al paciente a trabajar aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados.</p>

Sesión Nro. 05	Técnicas de autocontrol
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar el aprendizaje de patrones de conducta en las que la impulsividad se vea aplacada por la consideración de las consecuencias futuras que ciertas acciones pueden acarrear.</li> <li>- Fortalecer las habilidades de autocontrol, las cuales puedan servir para controlar problemas de diversa índole como los producidos en procesos depresivos y ansiosos.</li> </ul>
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minutos</li> </ul>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de papel bon</li> <li>- Lapicero azul</li> </ul>
Descripción de la sesión	<p>Se le pedirá al paciente que simularemos vivencias del día a día, en la que tendrá que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detectar y apuntar los momentos en los que pierde el control</li> <li>2. Cuando este calmado, pensar en los desencadenantes de la situación (qué estaba pensando cuando perdió el control de sus emociones)</li> <li>3. Identificar los pensamientos desencadenantes antes de que deriven en emociones incontrolables</li> </ol> <p>Finalmente se realizará una retroalimentación de estos pasos, para generar concientización de sus ventajas.</p>

Sesión Nro. 06	Autoestima y auto concepto
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los esquemas básicos como el autoconcepto, las reglas y actividades de la vida; así como su estrategia principal relacionada con sus metas subyacentes.</li> <li>- Reconocer y aceptar la imagen como parte de la autoestima del paciente</li> </ul>
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minutos</li> </ul>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una imagen del paciente (preferentemente actual)</li> <li>- 01 hoja de papel bon</li> <li>- 01 lapicero</li> <li>- 01 regla</li> <li>-</li> </ul>
Descripción de la sesión	Junto al paciente se desarrollará un cuadro donde el paciente pueda plasmar sus metas personales a partir del reconocimiento de sus virtudes.

Sesión Nro. 07	Técnica del modelo
Objetivo de la sesión	Orientar al paciente para que observe y aprenda una manera de actuar concreta de una persona que sea para él un modelo, de tal manera que el paciente sea capaz de imitarlo.
Tiempo	- 15 minutos
Materiales	- Biografía de un personaje que sea para el paciente alguien digno de imitar, o que le cause admiración.
Descripción de la sesión	Se dialogará con el paciente acerca del personaje que proponga, orientándolo a reconocer los pros y los contras que hicieron que el personaje sea alguien importante para el paciente.

Sesión Nro. 08	Inoculación De Estrés
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a entender cómo le puede afectar el estrés y cómo puede hacerle frente, considerando lo mencionado en sesiones anteriores.</li> <li>- El objetivo es que la persona se acostumbre a afrontar las situaciones estresantes de manera racional, sin quedar bloqueada por sus emociones.</li> </ul>
Tiempo	- 10 minutos
Materiales	Imagen con los efectos del estrés en el organismo
Descripción de la sesión	Se le pedirá al paciente que manifiesta como se siente cuando se encuentra bajo una situación estresante, y a continuación se le explicará las implicancias de las mismas (positivas y negativas) en la salud mental, resaltando los resultados positivos que se puede obtener a partir de situaciones estresantes.

Sesión Nro. 09	Psicoeducación frente al consumo de bebidas alcohólicas
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conocer al paciente las repercusiones a corto y largo plazo del consumo de bebidas alcohólicas.</li> </ul>
Tiempo	- 40 minutos
Materiales	Material audiovisual.
Descripción de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le presentará al paciente un video donde se pueda observar el comportamiento de personas bajo el estado etílico, y posteriormente paciente y terapeuta analizaran mayores consecuencias que acarrea el consumo desmedido de bebidas alcohólicas.</li> </ul>

Sesión Nro. 10	Habilidades de comunicación - Entrenamiento asertivo
Objetivo de la sesión	Considerando que las dificultades en las relaciones interpersonales se dan en gran parte por una inadecuada comunicación, esta sesión tiene como objetivo generar en el paciente las características propias de la comunicación asertiva.
Tiempo	- 10 minutos
Materiales	01 gráfico descriptivo de los estilos de comunicación
Descripción de la sesión	Primero, la terapeuta plantea situaciones y le pide al paciente identificar las respuestas asertivas, agresivas y pasivas Segundo, se le pide al paciente sus propios ejemplos de estos tipos de conductas. Tercero, se le permitirá considerar en su estilo de comunicación, el contacto ocular, posición del cuerpo, articulación de las palabras, tono de voz, gestos faciales, etc.

## B. SESIONES CORRESPONDIENTES AL MODELO SISTEMICO

Sesión Nro. 11	Preguntas lineales circulares
Objetivo de la sesión	- Generar empatía en los miembros del sistema
Tiempo	- 60 minutos
Materiales	Sala amplia, y sillas
Descripción de la sesión	<p>Se dará las pautas generales de la sesión. (respeto a las ideas del otro, aclarando que están ahí para conocerse más). Se entablará un dialogo, sobre un tema específico que surja de los miembros del sistema, posteriormente se hará preguntas circulares para que cada uno manifieste lo que él o ella cree respecto a los pensamientos y emociones de otro miembro del sistema. Preguntas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué cree que está sintiendo su hermano(a)?</li> <li>- ¿Qué cree que está sintiendo su hermano(a) cuando le grita?</li> <li>- ¿Qué ideas cree que está teniendo al respecto?</li> </ul>

Sesión Nro. 12	La pregunta milagrosa
Objetivo de la sesión	- Generar una visión optimista del futuro
Tiempo	- 60 minutos
Materiales	Sala amplia y sillas
Descripción de la sesión	<p>Se les pedirá a los miembros del sistema que mencionen las dificultades que existen en la relación de hermanos, para luego decirles que todo eso ya ha cambiado de manera milagrosa, y ahora su dinámica familiar es mucho más armoniosa, se les solicitará entonces que digan, que ha cambiado y como se sienten, y que pensarían de lo que han vivido el día de ayer, donde la dinámica familiar no era armoniosa.</p>

## V. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS UTILIZADAS

### A. Del modelo psicológico cognitivo conductual

- Restructuración cognitiva
- Entrenamiento en resolución de problemas
- Inoculación al estrés
- Entrenamiento en autoinstrucciones

### B. Del Modelo psicológico sistémico

- Preguntas lineales y circulares
- La pregunta milagrosa

## VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las sesiones tuvieron una duración de 30 minutos aproximadamente, dos veces por semana.

## VII. LOGROS OBTENIDOS

- ✓ Mayor conciencia de la enfermedad
- ✓ Disminución de los pensamientos constantes de autoculpa
- ✓ Predisposición a considerar su autoconcepto sin juzgarse constantemente
- ✓ Desarrollo del estilo de comunicación asertiva

Fecha: 13/12/2017

---

Liz Estilita Begazo Miranda  
Bachiller en psicología

Anexo N°1: PERFIL DEL  
INSTRUMENTO  
MILLON II

Edad: 57 años

Nombre: Francisco Ch. C.

Nombre: Francisco Ch. C.				PUNTAJE
Escalas de Validez				FINAL
Validez	0	=	Válido	
Sinceridad	437	=	Válido	70 X
Deseabilidad Social	9	=		43 Y
Autodescalificación	9	=		57 Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTORES		AJUSTES			PUNTAJE		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL
Esquizoide	27	78	75						75	1
Evitativo	19	68	65		65				65	2
Dependiente	22	42	39						39	3
Histriónico	29	63	60						60	4
Narcisita	45	90	87						87	5
Antisocial	48	108	105						105	6A
Agresivo-sádico	58	121	118						118	6B
Compulsivo	37	63	60						60	7
Pasivo-agresivo	45	111	108						108	8
Autoderrotista	18	69	66		66				66	8

Patología severa de personalidad										
Esquizotípico	16	64		63		62	62	62		62
<del>Borderline</del>	39	73		72	72	71	71	71		71
Paranoide	40	72		71		71	71	71		71

Síndromes clínicos									
Ansiedad	9	64	61		60	60	60		60
<u>Somatoformos</u>	6	48	45		44	44	44		44
Bipolar	25	60	57						57
Distimia	20	71	68		67	67	67		67

Desorden del pensamiento	8	60	59	59	59	SS
Depresión mayor	8	60	59	59	59	CC
Desorden delusional	14	60	59	59	59	PP

Indicador elevado >=85

Indicador moderado 75-84

Indicador sugestivo 60-74

Indicador bajo 35-59

Indicador nulo 0-34

## Anexo N° 2: PERFIL DE INTELIGENCIA GENERAL

Nombre FRANCISCO  
 Edad 57 Sexo M  
 Grado 0 Sección 0

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	11	92	Definidamente superior al término medio
B	10	83	
C	10	83	
D	11	92	
E	7	58	
TOTAL CI	49	90	

## INTERPRETACION

FRANCISCO

Tiene un Puntaje de 49 Percentil 90

Nos indica que se ubica en la categoría de:

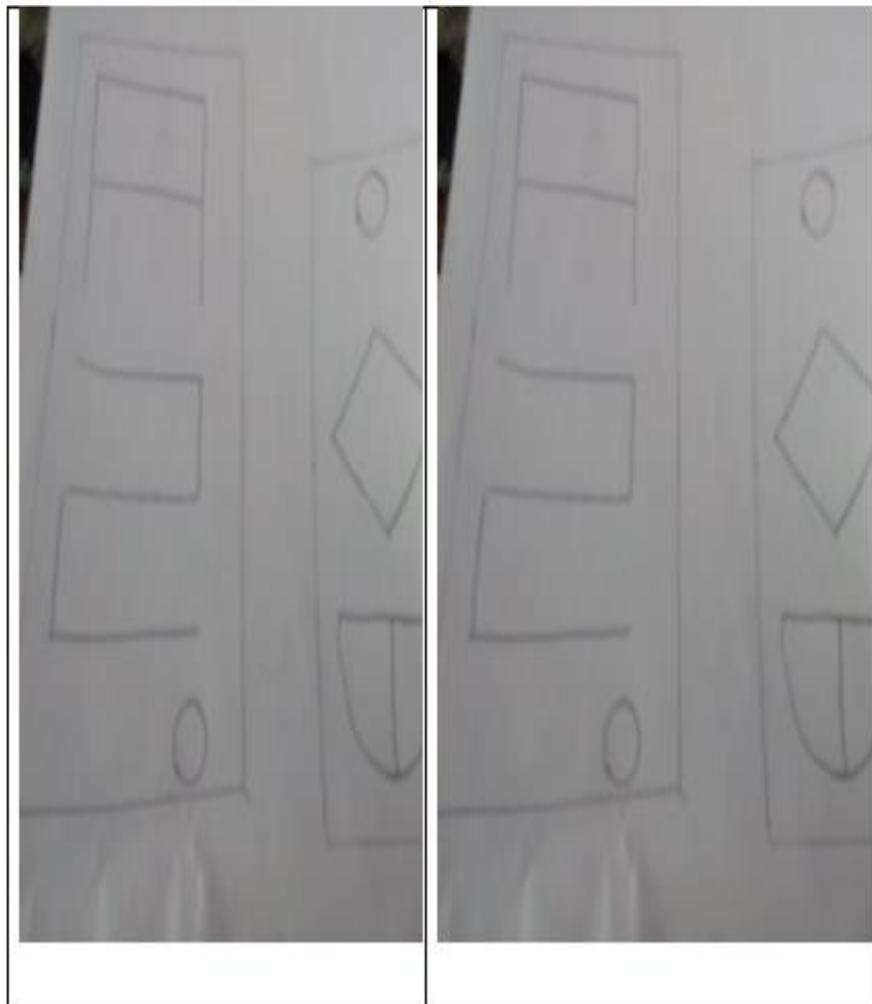
Definidamente superior al término medio



### Anexo Nro. 3: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON					
<p><b>INSTRUCCIONES:</b> Responda de acuerdo con su situación actual. La escala de ansiedad tiene 14 ítems principales que se evalúan en una escala de 0 a 4. Ponga cada ítem en relación tanto con la sensación del momento, de punto actual, como con la sensación que correspondiera a un nivel clínico típico. Utilice los siguientes números para expresar su respuesta:</p> <p>0 = NINGUNA SENSACIÓN 1 = SENSACIÓN MUY LEVE 2 = SENSACIÓN MEDIO ALTA 3 = SENSACIÓN ALTA 4 = SENSACIÓN MUY ALTA</p> <p>Por favor, pinte cada ítem en el espacio que corresponda, según su experiencia. Los indicadores que figura a continuación del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el cuadro situado a la derecha la cifra que más le responde al caso actual de su paciente. Toda la lista deberá ser cumplimentada.</p>					
SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD		0	1	2	3
1. Estado de ánimo ansioso.		0	1	2	3
Ansiedad, anticipación de lo peor, operación anticipada temprana, constante		0	1	2	3
2. Tensión.		0	1	2	3
Tensión de tensión, expectativa de respuestas negativas con intensidad, falta fácil, temor, aumento de respiración		0	1	2	3
3. Temores.		0	1	2	3
A la incertidumbre, a las desviaciones, a quedarse solo, a los aviones grandes, al tráfico, a las multitudes		0	1	2	3
4. Insomnio.		0	1	2	3
Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño malintencionado y cansancio al despertar		0	1	2	3
5. Intellecto (cognitivo).		0	1	2	3
Dificultad para concentrarse, falta memoria		0	1	2	3
6. Estado de ánimo depresivo.		0	1	2	3
Pérdida de interés, neutralización en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día		0	1	2	3
<p><b>ANSIEDAD PSÍQUICA:</b> <b>15</b></p> <p><b>ANSIEDAD SOMÁTICA:</b> <b>19</b></p> <p><b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b> <b>34</b></p>					

Anexo N° 4: TEST DE RETENCION VISUAL DE BENTON / reproducción de las figuras



# CASO NRO. 2

**RODRIGO APAZA, ELIZABETH SHARON**

## ANAMNESIS

### **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres Y Apellidos : Mark  
 Edad Cronológica : 13 años  
 Fecha De Nacimiento : 08 de enero del 2003  
 Lugar De Nacimiento : Arequipa  
 Grado De Instrucción : Secundaria. (3er Grado)  
 Estado Civil : Soltero :  
 Ocupación : Estudiante  
 Religión : Católica.  
 Informante : Madre Del Paciente  
 Lugar De Evaluación : Hosp. Docente -Cons. Psicología  
 Fechas De Evaluación : 05/07/2017 hasta el 10/07/2017  
 Examinador : Elizabeth Sharon Rodrigo Apaza.

### **II. MOTIVO DE CONSULTA:**

Paciente es referido por la psicóloga de su institución educativa para recibir terapia psicológica, a fin de que se le “enseñe a controlar su agresividad, ira e impulsividad”.

### **III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

Paciente es referido a psicología debido al problema que tuvo con la docente de educación familiar. Madre refiere que el paciente entregó su cuaderno a destiempo, por lo tanto, la docente del curso no quiso revisar el trabajo, y al no poderlo entregar arrojó el cuaderno contra la mesa de la docente, luego de lo ocurrido fue llevado a psicología de la institución,

## IV. ANTECEDENTES PERSONALES

### A. PERIODOS DEL DESARROLLO

#### a) *Embarazo O Gestación:*

Madre refiere que el embarazo no fue planificado. Su alimentación no era la adecuada, se alimentaba de sopas que recibía del comedor, esto fue a consecuencia de la mala economía que tenía en ese entonces. Indica que se realizó todos los controles médicos. Su estado de ánimo durante la gestación era el miedo.

#### b) *Etapa Natal:*

Madre refiere que no podía entrar en trabajo de parto, debido a que el bebe se encontraba atravesado, por lo que el medico tuvo que intervenir. El parto se dio de manera natural. La coloración del bebe fue oscura, por esta razón tuvo que quedarse internado por dos días.

#### c) *Etapa Post Natal:*

La alimentación que tuvo el paciente desde el momento de su nacimiento fue leche materna, hasta los 02 años de edad .no tuvo problemas de destete. Madre refiere que el niño nunca tuvo buen apetito.

En cuanto a su desarrollo psicomotor: controló la cabeza a los 04 meses, a los 08 meses se le diagnosticó displasia de caderas, se usó medidas correctivas (arnés), a los 11 meses comenzó a gatear, al año comenzó a sentarse solo, al año y 06 meses comenzó a caminar. Controló su esfínter vesical a los 03 años y esfínter anal a la misma edad. El menor actualmente se asea y se viste solo.

**d) Etapa Educativo:**

Empezó su etapa escolar a los tres años de edad, al ingresar a un PRONOEI. A los cuatro años empezó asistir a inicial. A los cinco años fue cambiado de colegio y puesto en otra institución educativa inicial. A los seis años ingresa a primaria. Mostro agrado al ir al colegio. A pedido de la profesora el niño tuvo que ser llevado a neurología, psiquiatría y psicología, pero que no le diagnosticaron nada. Madre refiere que el paciente es tranquilo, pero tiene problemas para expresar su enojo, lo manifiesta de forma agresiva e impulsiva (contestando, insultando, golpeando las paredes u objetos, no midiendo las consecuencias de sus actos). Actualmente tiene problemas con sus compañeros y profesora.

**e) Desarrollo Y Función Sexual:**

Paciente hizo preguntas sobre el sexo y procreación a los cinco años.

**f) Antecedentes mórbidos personales**

Paciente fue internado apenas nació, pues padecía ictericia. A los ocho años fue operado del apéndice.

**V. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

**A. COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR**

Paciente vive con ambos padres. Madre tiene 51 años, su ocupación es ama de casa, de carácter nerviosa. Padre tiene 63 años, labora como comerciante, su carácter es tranquilo. La dinámica familiar entre los padres y el paciente es regular.

**B. CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA**

La vivienda donde actualmente reside el paciente en la ciudad de Arequipa, es propia, de material noble, cuentan con todos los servicios básicos. El padre aporta con el ingreso mensual.

**VI. RESUMEN:**

Madre refiere que la alimentación durante el embarazo no fue adecuada, se alimentaba de sopas que recibía del comedor, esto fue a consecuencia de la mala economía que tenía en ese entonces. El trabajo de parto se dificultó debido a que el bebé se encontraba atravesado. El parto se dio de manera natural. La coloración de recién nacido fue oscura (padecía de ictericia), por esta razón fue internado por dos días .la alimentación que tuvo el paciente desde su nacimiento fue con leche materna, hasta los dos años, no hubo problemas en el destete. En cuanto a su desarrollo psicomotor: controló la cabeza a los cuatro meses, a los ocho meses se le diagnosticó displasia de caderas, se usó medidas correctivas (arnés). A los once meses empezó a gatear. Al año empezó a sentarse solo, al año y seis meses empezó a caminar. Controló su esfínter vesical a los tres años y esfínter anal a la misma edad. Asistió al colegio a partir de los tres años. A los seis años ingresa a primaria. Mostraba agrado al asistir al colegio. Paciente es tranquilo, pero tiene problemas para expresar su enojo, lo manifiesta de forma agresiva e impulsiva (contestando, insultando, golpeando las paredes u objetos, no midiendo las consecuencias de sus actos). Actualmente tiene problemas con sus compañeros y la profesora del colegio

## EXAMEN MENTAL

### **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres Y Apellidos : Mark  
 Edad Cronológica : 13 años  
 Fecha De Nacimiento : 08 de enero del 2003  
 Lugar De Nacimiento : Arequipa  
 Grado De Instrucción : Secundaria. (3er Grado)  
 Estado Civil : Soltero :  
 Ocupación : Estudiante  
 Religión : Católica.  
 Informante : Madre Del Paciente  
 Lugar De Evaluación : Hosp. Docente -Cons. Psicología  
 Fechas De Evaluación : 05/07/2017 hasta el 10/07/2017  
 Examinador : Elizabeth Sharon Rodrigo Apaza.

### **II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD**

#### **A. APARIENCIA GENERAL Y ACTITUD PSICOMOTORA**

Paciente es traído a consulta por la madre. Mark tiene 13 años de edad, es de contextura delgada, de 1.50m de altura, con un peso alrededor de los 53 kg. , de postura encorvada ,su vestimenta se aprecia en buen estado , aseado , de tez blanca , su marcha es estable ,hay contacto ocular con la examinadora , con respecto a sus rasgos faciales tiene los ojos cafés oscuros , su cabello es corto y oscuro .su tono de voz es adecuado .

Presenta equilibrio y coordinación de movimientos finos, además de presentar lateralidad diestra

***B. MOLESTIA GENERAL Y MANERA DE EXPRESARLA***

El paciente durante la evaluación comentó sus molestias escolares. Existe poca comunicación no verbal al momento de su relato.

***C. ACTITUD HACIA LA EXAMINADORA Y HACIA EL EXAMEN***

En la primera evaluación, el paciente se mostraba ansioso y renuente a colaborar, pero en la posterior evaluación se mostró colaborador y atento. En ocasiones se mostraba indiferente ante las preguntas formuladas.

**III. ATENCION CONCIENCIA Y ORIENTACION*****A. ATENCIÓN***

Posee una capacidad adecuada para concentrarse y enfocarse en el curso de la evaluación, siendo su atención lo suficientemente sostenida como para permitirle al paciente realizar su examen adecuadamente.

***B. CONCIENCIA***

Se encuentra en un estado de plena alerta, hay presencia de una total lucidez, es capaz de responder a las preguntas que se le formulan.

***C. ORIENTACIÓN***

Su orientación espacial, temporal y de sí mismo son óptimos, reconoce su derecha e izquierda, su orientación hacia los demás es correcta, pues identifica de manera adecuada la labor de las otras personas allegados a él.

#### **IV. LENGUAJE**

No se aprecian trastorno en la fluidez, ni el ritmo. En cuanto a su lenguaje comprensivo, no hay alteración que le impide interpretar las frases, oraciones, lecturas. Su tono de voz es adecuado. En ocasiones su forma de contestar ante las interrogantes es agresiva.

#### **V. PENSAMIENTO**

No hay alteración en cuanto al curso del pensamiento. Con respecto al contenido, éste suele ser agresivo cuando está frente a situaciones estresantes o de difícil manejo.

#### **VI. FUNCIONES SENSITIVAS Y PERCEPTIVAS**

El paciente conserva adecuadamente sus sentidos de audición, tacto, olfato, gusto. Tiene una alteración leve en su sentido de la visión, usando medidas correctivas correspondientes (lentes). No hay alteraciones en su percepción.

#### **VII. MEMORIA**

No hay alteración en su memoria inmediata, corto plazo, ni largo plazo.

#### **VIII. FUNCIONES INTELECTUALES**

Comprende el significado de las frases, oración de manera óptima, su capacidad de resolver problemas es adecuada.

#### **IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTO**

El paciente se mostró un semblante serio. Al momento de comentar el hecho ocurrido en el colegio sus rasgos faciales cambiaban a estado de cólera.

## X. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Reconoce su problema, indica el motivo por el cual está asistiendo al servicio de psicología, pero no es consciente que su problema involucra consecuencias de sus acciones.

## XI. RESUMEN

Mark de 13 años de edad, es de contextura delgada, aseada. En la primera entrevista se mostraba rasgo de agresividad hacia la examinadora, en las posteriores sesiones la actitud del paciente cambio se mostraba colaborador. Durante su evaluación comenta sus molestias, existe poca comunicación no verbal al momento de su relato. Con respecto a su evaluación de las funciones psíquicas superiores: posee una capacidad adecuada para concentrarse y enfocarse en la evaluación. Está orientado en tiempo, espacio y persona. Se encuentra en plena alerta. No se aprecia trastorno de fluidez, ni en el ritmo del habla, tampoco hay alteración en el lenguaje comprensivo .su tono de voz es adecuado. No hay alteraciones en el curso del pensamiento, en cuanto al contenido, éste suele ser agresivo cuando esta frente a una situación estresante. No hay alteraciones en la memoria inmediata, ni a corto plazo. La memoria de largo plazo no presenta problemas. Su estado de ánimo al momento de comentar lo sucedido en el colegio fue de ira y cólera.

## INFORME PSICOMETRICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres Y Apellidos : Mark  
 Edad Cronológica : 13 años  
 Fecha De Nacimiento : 08 de enero del 2003  
 Lugar De Nacimiento : Arequipa  
 Grado De Instrucción : Secundaria. (3er Grado)  
 Estado Civil : Soltero  
 Ocupación : Estudiante  
 Religión : Católica.  
 Informante : Madre Del Paciente  
 Lugar De Evaluación : Hosp. Docente -Cons. Psicología  
 Fecha De Evaluación : 05/07/2017 hasta el 10/07/2017  
 Examinador : Elizabeth Sharon Rodrigo Apaza.

### II. OBSERVACIONES GENERALES:

Mark de 13 años de edad, es de contextura delgada, de 1.50m de altura, con un peso alrededor de los 53 kg, de postura encorvada, su vestimenta se aprecia en buen estado, aseado, de tez blanca, su marcha es estable, hay contacto ocular con la examinadora, con respecto a sus rasgos faciales tiene los ojos cafés oscuros, su cabello es corto y oscuro. Su tono de voz es adecuado.

En la primera evaluación, el paciente se mostraba ansioso y renuente a colaborar, pero en las posteriores evaluaciones se mostró colaborador y atento.

### **III. TECNICAS E INSTRUMENTOS**

- Observación.
- Entrevista Psicológica.
- Pruebas Psicológicas:
- Test De La Persona Bajo La Lluvia
- Cuestionario De Cólera, Irritabilidad Y Agresión (CIA)
- Test de inteligencia –TONI 2

### **IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS INSTRUMENTOS**

#### **A. TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA**

Paciente tiende a inclinarse hacia la introversión y reserva, además posee rasgo de ansiedad agresividad e impulsividad, tales rasgos se hacen presentes al momento de enfrentarse a las situaciones estresante y las va manifestar mediante las verbalizaciones y comportamientos poco asertivos.

#### **B. TEST DE INTELIGENCIA –TONI 2**

Raw score	Cociente	Percentil
22	100	50

- Resultado Cualitativo: Promedio
- Interpretación: El paciente posee un nivel de inteligencia promedio es decir puede resolver las dificultades de manera adecuada

### C. CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN (CIA)

CATEGORIA		Muy Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy Alto
Áreas	Puntaje					
Irritabilidad	33					
Cólera	21					
Agresividad	73					

A hand-drawn graph on the CIA score sheet shows a downward-sloping trend from Irritability (33) to Aggressiveness (73). A horizontal line connects the 'Irritabilidad' and 'Cólera' scores. From the 'Cólera' point, a line extends downwards to the 'Agresividad' score. The points are marked with small blue dots.

- Interpretación:

La prueba arroga que el paciente tiene un menor control sobre sus emociones negativas (cólera e ira), es decir que en las situaciones donde se sienta amenazado o frustrado va comportarse agresivamente, ya sea teniendo arrebatos verbales y de comportamiento.

## V. RESUMEN

Paciente tiene rasgos de agresividad, ansiedad, además presenta poco autocontrol sobre sus emociones negativas (cólera. e ira), es decir que ante situaciones determinadas donde se sienta amenazado o frustrado va responder de forma impulsiva o agresiva, y las manifiesta mediante los arrebatos verbales (insultando o contestando), y comportamientos poco asertivos, esto indica que tiene dificultades para comunicarse asertivamente. Su nivel de inteligencia es promedio.

## INFORME PSICOLOGICO

### **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres Y Apellidos : Mark  
 Edad Cronológica : 13 años  
 Fecha De Nacimiento : 08 de enero del 2003  
 Lugar De Nacimiento : Arequipa  
 Grado De Instrucción : Secundaria. (3er Grado)  
 Estado Civil : Soltero :  
 Ocupación : Estudiante  
 Religión : Católica.  
 Informante : Madre Del Paciente  
 Lugar De Evaluación : Hosp. Docente -Cons. Psicología  
 Fecha De Evaluación : 05/07/2017 hasta el 10/07/2017  
 Examinador : Elizabeth Sharon Rodrigo Apaza.

### **II. MOTIVO DE CONSULTA:**

Paciente es referido por la psicóloga de su institución educativa para recibir terapia psicológica, a fin de que se le “enseñe a controlar su agresividad, ira e impulsividad.”

### **III. TÉCNICAS E INSTRUMENTO UTILIZADOS:**

- Observación.
- Entrevista psicológica.
- Pruebas psicológicas:
  - Test de la persona bajo la lluvia
  - Cuestionario De Cólera, Irritabilidad Y Agresión (CIA)

- Test de inteligencia TONI-2

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:**

La alimentación de la madre durante el embarazo no fue adecuada, se alimentaba de sopas que recibía del comedor, esto fue a consecuencia de la mala economía que tenía en ese entonces. El trabajo de parto se dificultó debido a que el bebé se encontraba atravesado, el parto se dio de manera natural. La coloración de recién nacido fue oscura (padecía de ictericia), por esta razón fue internado por dos días. La alimentación que tuvo el paciente desde su nacimiento fue con leche materna, hasta los dos años, no hubo problemas en el destete. En cuanto a su desarrollo psicomotor: controló la cabeza a los cuatro meses, a los ocho meses se le diagnosticó displasia de caderas, se usó medidas correctivas (arnés). A los once meses empezó a gatear. Al año empezó a sentarse solo, al año y seis meses empezó a caminar. Controló su esfínter vesical a los tres años y esfínter anal a la misma edad. Asistió al colegio a partir de los tres años. A los seis años ingresa a primaria. Mostraba agrado al asistir al colegio. Paciente es tranquilo, pero tiene problemas para expresar su enojo, lo manifiesta de forma agresiva e impulsiva (contestando, insultando, golpeando las paredes u objetos, no midiendo las consecuencias de sus actos). Actualmente tiene problemas con sus compañeros y la profesora del colegio.

#### **V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA:**

Mark es traído a consulta por la madre. Paciente de 13 años de edad, es de contextura delgada, de 1.50m de altura, con un peso alrededor de los 53 kg., de postura encorvada, su vestimenta se aprecia en buen estado, aseado, de tez blanca, su marcha es estable, hay contacto ocular con la examinadora, con respecto a sus rasgos faciales tiene los ojos cafés oscuros, su cabello es corto y oscuro. Su tono de voz es adecuado.

Su estado de ánimo al momento de comentar lo sucedido en el colegio fue de ira y cólera.

En la primera evaluación, el paciente se mostraba ansioso y renuente a colaborar, pero en la posterior evaluación se mostró colaborador y atento.

## **VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Paciente tiene rasgos de agresividad, ansiedad, además presenta poco autocontrol sobre sus emociones negativas (cólera e ira), es decir que ante situaciones determinadas donde se sienta amenazado o frustrado va responder de forma impulsiva o agresiva, ya sea mediante los arrebatos verbales (insultando o contestando) o comportamientos poco asertivos (golpeando objetos), esto indica que tiene dificultades para comunicarse asertivamente. su nivel de inteligencia es promedio.

## **VII. DIAGNÓSTICO**

Paciente no tiene buen autocontrol emocional y tiene dificultad para comunicarse, esta ausencia tiene como consecuencia que el paciente tenga dificultades para relacionarse con las personas de su entorno. Todos estos rasgos configuran un problema relacionado a las habilidades sociales inadecuadas (según la CIE10- Z73.4).

**VI. PRONOSTICO:** Favorable. El paciente cuenta con una red de apoyo adecuado.

## **VII. RECOMENDACIONES:**

- Terapia individual.
- Practicar deportes.

---

Elizabeth Sharon Rodrigo Apaza  
Bachiller En Psicología

## PLAN PSICOTERAPEUTICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres Y Apellidos : Mark  
Edad Cronológica : 13 años  
Fecha De Nacimiento : 08 de enero del 2003  
Lugar De Nacimiento : Arequipa  
Grado De Instrucción : Secundaria. (3er Grado)  
Estado Civil : Soltero  
Ocupación : Estudiante  
Religión : Católica.  
Informante : Madre Del Paciente  
Lugar De Evaluación : Hosp. Docente -Cons. Psicología  
Examinador : Elizabeth Sharon Rodrigo Apaza.

### II. DIAGNÓSTICO

Paciente no tiene buen autocontrol emocional y tiene dificultad para comunicarse, esta ausencia tiene como consecuencia que el paciente tenga dificultades para relacionarse con las personas de su entorno. Todos estos rasgos configuran un problema relacionado a las habilidades sociales inadecuadas (según la CIE10- Z73.4).

### III. OBJETIVO GENERAL

Disminuir las emociones y conductas negativas como la ira; asimismo que pueda expresarse de manera asertiva.

#### IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Sesión Nro.01	Respiración Controlada
Objetivo de la sesión	Aprender a relajarse para controlar el estado negativo como la ira y la ansiedad
Tiempo	30 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música instrumental relajante</li> <li>• laptop</li> </ul>
Descripción De La Sesión	<p>Se le explicara al paciente la razón de hacer una respiración adecuada y los beneficios que trae los mismos.</p> <p>Se le invitara al paciente a realizar ensayos previos junto con el terapeuta, a fin de alcanzar mayores beneficios en la sesión.</p> <p>Se le pedirá que tome asiento, que busque su comodidad, cierre los ojos y siga instrucciones que se brindaran.</p> <p>Al paciente se le dará las instrucciones basadas en la relajación progresiva de Jacobson.</p>

Sesión Nro.02	Señales De Alarma
Objetivo De La Sesión	Identificar las señales de alarmas: pensamiento, cuerpo y la forma del habla
Tiempo	20 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápices de colores</li> <li>• Hoja boom</li> </ul>
Descripción De La Sesión	Antes de comenzar se le indicara que piense en una situación que le moleste, basado en esta indicación, se le pedirá que identifique los pensamientos negativos (primer paso). Segundo paso: se le pedirá que reconozca sus signos corporales frente a la situación desagradable. En el tercer paso se le pedirá que identifique la forma de habla cuando está molesto, por ejemplo “levanta el volumen de su voz”.

Sesión Nro.03	Semáforo De La Alarma
Objetivo de la sesión	Estimular la expresión asertiva de las necesidades, desarrollando el autocontrol
Tiempo	30 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja boom</li> <li>• Lápices de colores</li> </ul>
Descripción De La Sesión	<p>Antes de comenzar se le pedirá que dibuje un semáforo con sus tres colores. Se le explicara el significado de cada color.</p> <p>Para iniciar la sesión se le pedirá que imagine una situación conflictiva, ya sea ocurrido en casa o en la escuela. Una vez realizado lo anterior se le explica cómo funciona este semáforo. El color rojo es para frenar sus emociones y dar un respirar (reconociendo las señales de alarma), y el color ambar es para pensar en tres diferentes formas de solucionar el conflicto (reflexionar) y la luz verde para elegir una alternativa. Se le invitara al paciente a realizar ensayos previos junto con la terapeuta, a fin de alcanzar mayores beneficios en la sesión.</p> <p>Al finalizar la sesión se le dará una retroalimentación de la sesión realizada.</p>

Sesión Nro.04	Auto instrucciones
Objetivo de la sesión	Brindar al paciente estrategias que le permitan ser capaz de generar auto verbalizaciones internas correctas.
Tiempo	30 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja boom</li> <li>• lapicero</li> </ul>
Descripción De La Sesión	<p>Se le pedirá al paciente que escriba en una hoja algunas de las situaciones que le generen intranquilidad o angustia, luego se le pedirá que identifique los pensamientos que tiene con respecto a estas situaciones.</p> <p>Primero el terapeuta llevará a cabo la acción de auto instrucción frente al paciente, luego el paciente llevará acabó la acción de auto instrucción con la guía de terapeuta.</p>

Sesión Nro.05	Técnica Del Auto Control
Objetivo De La Sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el aprendizaje de patrones de conducta en las que la impulsividad se vea aplacada por la consideración de las consecuencias futuras que ciertas acciones puedan acarrear.</li> <li>• Fortalecer las habilidades de autocontrol, las cuales puedan servir para controlar problemas de diversa índole</li> </ul>
Tiempo	30 minutos
Materiales	Lectura de autocontrol
Descripción De La Sesión	<p>Se le brindaran pautas para una comunicación asertiva. Se le pedirá que de lectura al texto. posteriormente se dialogará sobre el mensaje de la lectura, y para concluir se obsequiará una tarjeta con la frase “la agresión a menudo hace más daño que la conducta que quería corregir”</p>

Sesión Nro. 06	Identificación De Pensamientos
Objetivos De La Sesión	Identificar los pensamientos erróneos que el paciente tiene en determinadas situaciones sobre sí misma y las demás personas.
Tiempo	30 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja boom</li> <li>• Lapiceros</li> </ul>
Descripción De La Sesión	<p>Se conversará con el paciente acerca de la influencia que los pensamientos tienen sobre las emociones y la conducta, se le pedirá que mencione varias situaciones conflictivas de su vida, y se le hará las siguientes preguntas: ¿hace cuánto tiempo se produjo tal situación ?, que sucedió exactamente?, ¿qué personas estaban presentes ?,¿cómo actuaron estas personas?, y ¿cómo actuó el?</p> <p>Una vez identificado los pensamientos que le hacen sentirse mal, se le pide que anote todos ellos en primera persona, Junto con el paciente se revisaran si lo escribió correctamente.</p>

Sesión Nro. 07	Análisis De Pensamientos
Objetivos de la sesión	Evaluar los pensamientos erróneos que el paciente tiene según el grado creencias
Tiempo	30 minutos
Materiales	lista de pensamientos (sesión anterior)
Descripción De La Sesión	<p>Se trabajará con el listado de la sesión anterior. Se determinarán cuales son en realidad los pensamientos negativos, para esto se le pedirá al paciente que ordene de menor a mayor (0-9) según a su grado de creencias. Una vez ordenada la nueva lista, se comenzara analizar cada uno de los pensamientos.</p> <p>Cuando se hable de cada uno de los pensamientos, se le harán preguntas para saber: ¿hasta qué puntos se ajustan a la realidad ?, ¿de qué forma influye en su estado emocional y conductual ?, ¿qué ocurriría si fuera cierto lo que dicen los demás?</p> <p>Hay que tener en cuenta que los pensamientos que se analizan son aquellos que se experimentan antes, durante y después de la situación conflictiva.</p>

Sesión Nro. 08	Pensamientos alternativos
Objetivo De La Sesión	Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos
Tiempo	20 minutos
Descripción De La Sesión	Ya identificados y analizados los pensamientos negativos , se buscaran pensamientos alternativos que sean más racionales y positivos ,posteriormente se practica estos pensamientos positivos ,tomando como referencia situaciones pasadas , de tal forma que se busque la práctica y para posteriores conflictos pueda responder de una forma positiva en vez de impulsiva .

Sesión Nro.09	Entrenamiento de la asertividad Diferencias Entre Comportamientos Pasivos, Pasivos y Agresivos
Objetivo De La Sesión	Que el paciente adquiera habilidades cognitivas y conductuales, que le permitan ser respetuoso consigo mismo y con los demás, regulando sus emociones inestables (impulsos).
Tiempo	30 minutos
Materiales	• Hoja de lectura
Descripción De La Sesión	<p>Se explicará en que consiste un comportamiento asertivo, pasivo y agresivo, siendo estos dos últimos los que llevan a la situación conflictiva.</p> <p>Para reforzar lo que se explicó, se le cuenta una experiencia, en la cual unos personajes fueron agredidos y otros agraviados.</p> <p>Luego se le pide que conteste las preguntas: ¿qué fue lo que sucedió?, ¿qué fue lo que hicieron y dijeron en esa situación?, ¿Cómo se sintieron durante la situación?, ¿Cómo se sintieron después?, ¿por qué razones consideras que se comportan así?, ¿Cuáles crees que son los derechos que no se respetaron o se agredieron? Este mismo ejercicio se hace con una propia experiencia del paciente.</p>

Sesión Nro. 10	Adquisición de habilidades assertivas
Objetivo de la sesión	Retroalimentar y fortalecer la práctica de respuestas assertivas
Tiempo	30 minutos
Descripción De La Sesión	<p>Se le enseñara al paciente las diferentes respuestas assertivas como: assertividad elemental, ascendente, frente a una contradicción, frente a una actitud pasiva y agresiva. En todo se buscará que el paciente exprese sus sentimientos y pensamientos en forma calmada y aprenda a hacer preguntas adecuadas.</p> <p>Después se le recrean escenas que el paciente ha vivido recientemente con dificultades, donde la terapeuta hará de la otra persona, para ver cómo responde hasta llegar a una actitud assertiva. por otro lado, se observará sus expresiones verbales y no verbales, para que antes de seguir a un próximo ejercicio, sepa que errores tiene que corregir y como tiene que proceder</p>

Sesión Nro. 11	resolución de problemas
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar estrategias al paciente para que pueda afrontar situaciones que generen intranquilidad y angustia en el paciente.</li> <li>- Instruir al paciente para enfocar las situaciones complicadas del modo más constructivo posible, sin dejarse llevar por los miedos y la ansiedad.</li> </ul>
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minutos</li> </ul>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 ficha (con los pasos para la resolución de problemas).</li> </ul>
Descripción de la sesión	<p>Se le pedirá al paciente que mencione alguna situación problemática que haya tenido últimamente, posteriormente se le pedirá que mencione su estrategia para resolver este problema. Se tendrá en cuenta la estrategia del paciente y además se le propondrá una nueva estrategia en base a la ficha con los pasos para la resolución de problemas, dirigiendo al paciente a trabajar aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados.</p>

**V. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS A UTILIZAR**

De tipo cognitivo conductuales

**VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN**

Se darán en sesiones de 30 minutos, dos veces por semana.

**VII. LOGROS OBTENIDOS**

- Se estableció relación terapéutica.
- Se le mostró cómo influyen las cogniciones en las emociones

Fecha: 10/07/2017

---

Elizabeth Sharon Rodrigo Apaza  
Bachiller En Psicología

# ANEXOS

## Cuestionario De Cólera , Irritabilidad Y Agresión ( CIA)

GUIA DE PRÁCTICA DEL CURSO DE PSICOTERAPIA | 2016

### CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN (CIA)

Nombre y apellidos: Mari

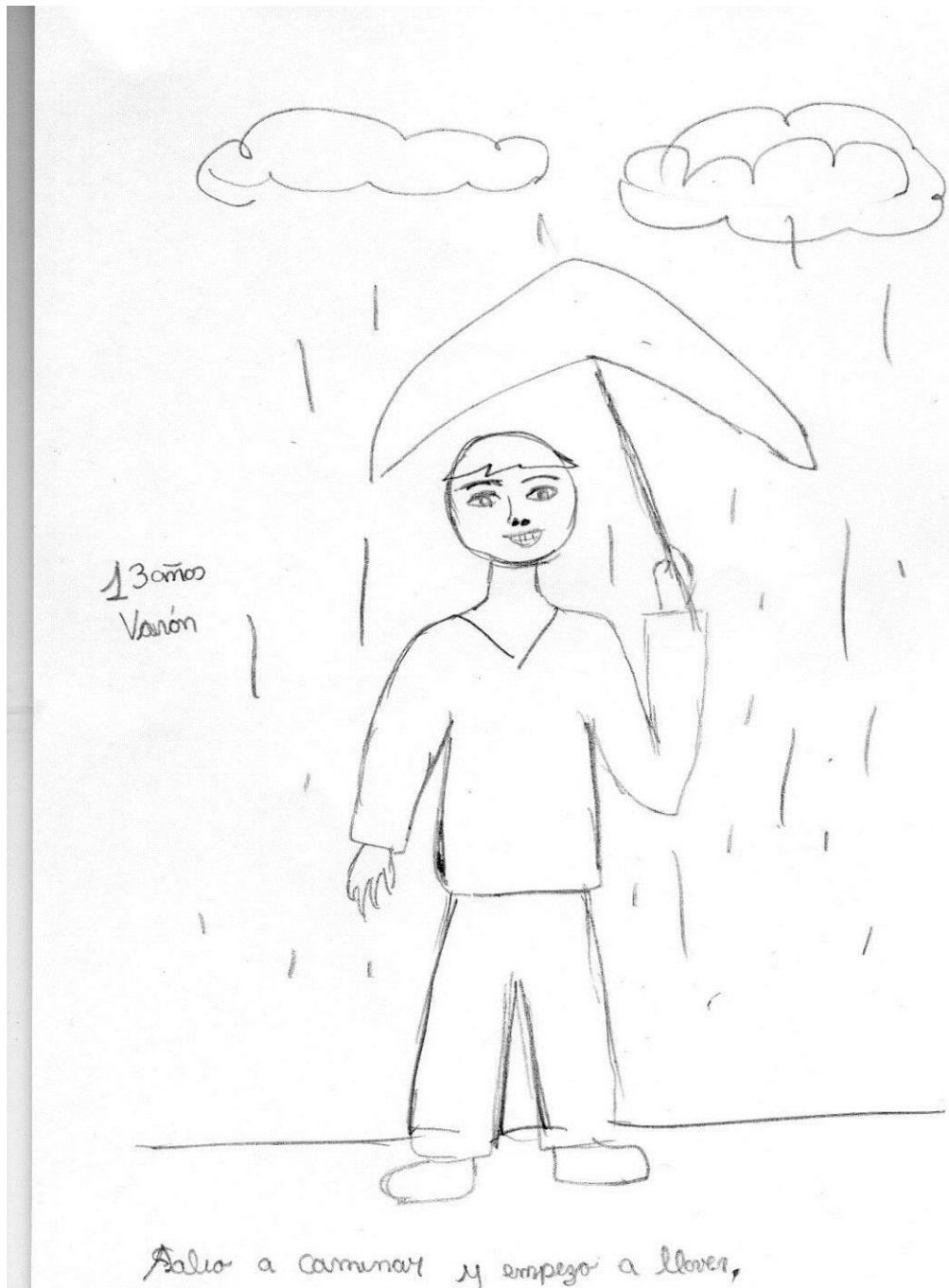
Año y Sección: ... Edad: 13 años Fecha: ...

Este cuestionario está diseñado para saber sobre tu estado de ánimo. Usando esta escala que sigue a continuación selecciona tu respuesta marcando con una "x" uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N = nunca, RV = rara vez, AV = a veces, AM = a menudo, S = siempre

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegúrate de contestar todas

	N	RV	AV	AM	S
1. Soy un (una) renegado (a).		X			
2. No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada.		X			
3. Siento como que me hiere la sangre cuando alguien se burla de mí.				X	
4. Paso mucho tiempo molesta (a), más de lo que la gente.					
5. Cuando estoy molesto siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros.		X			
6. Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor.			X		
7. Fácilmente me molesto pero se me pasa rápido.		X			
8. Con frecuencia estoy muy molesto (a) y a punto de explotar.			X		
9. No me molesto si alguien no me trata bien.			X		
10. Yo soy muy comprensivo (a) con todas las personas.			X		
11. Yo no permito que cosas sin importancia me molesten.			X		
12. Es muy común estar muy amargo (a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo.		X			
13. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura.			X		
14. Cuando estoy molesto (a) no puedo dejar de gritar, mientras que otras veces no grito.			X		
15. Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta			X		
16. Hay momentos en la que estoy tan molesto (a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado (a)			X		
17. Normalmente me siento tranquilo (a) y de pronto de un momento a otro, me enfurezco a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa.	X				
18. Hay épocas en las cuales he estado tan molesto (a) que he explotado todo el dia frente a los demás, pero luego me he puesto tranquilo (a).			X		
19. Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada	X				
20. Peleo con casi toda la gente que conozco.		X			
21. Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle.			X		
22. En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas.			X		
23. Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetejar a alguien.			X		
24. Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia está buscando pelea.		X			
25. Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien.		X			
26. Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera.		X			
27. Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario.		X			
28. Yo golpeo a otro (a) cuando él (ella) me insulta primero.		X			
29. Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema.		X			
30. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo		X			
31. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella)			X		
32. Cuando la gente me grita yo también le grito.			X		
33. Cuando me enojo digo cosas feas.			X		
34. Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumple.		X			
35. Cuando discuto rápidamente alzo la voz.			X		
36. Aún cuando esté enojado (a), no digo malas palabras, ni maldigo.		X			
37. Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir.	X				
38. Cuando estoy enojado (a) algunas veces golpeo la puerta.			X		
39. Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo			X		
40. A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa.		X			
41. Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos.			X		
42. Cuando me molesto mucho bolo las cosas.			X		

Test Del Hombre Bajo La Lluvia

Toni-2 Forma A

<b>TONI-2</b> <b>Test of Nonverbal Intelligence</b>		<b>Sección I. Datos de Identificación</b>	
<b>FORMA A</b> <b>HOJA DE RESPUESTAS</b> <b>Y FORMA DE REGISTRO</b>		Nombre del examinado: <u>Marc</u> Nombre del padre o tutor del examinado: _____ <u>V.P</u> Colegio: _____ Grado: _____ Nombre del Examinador: <u>Ricardo A. Chávez</u> Título del Examinador: _____	
<b>Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba</b>		<b>Sección IV. Condiciones de Evaluación</b>	
<b>TONI-2 COCIENTE</b>  Form A      Form B	<b>RESULTADOS DE OTRAS MEDIDAS</b>  1    2    3    4    5	¿Quién refirió al sujeto? _____ ¿Cuál fue el motivo de referencia? _____  ¿Con quién se discutió la referencia del examinado? _____  Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI - 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.	
<b>TONI-2 Coefiente:</b> <u>100</u> <b>Rango del percentil:</b> <u>50</u> <b>SEM:</b> _____ <i>Ram Score 422</i>		Administración Grupal (G) ó Individual (I) <u>I</u>  Variables de Ubicación: Interferente (I) ó No interferente (N)  Nivel de ruido <u>N</u> Interrupciones, distracciones <u>N</u> Luz, temperatura <u>N</u> Privacidad <u>N</u> Otros _____	
<b>Sección III. Datos de Pruebas adicionales</b>		Variables de Evaluación: Interferente (I) ó No interferente (N)  Comprensión del contenido de la prueba <u>Sí</u> Comprensión del formato de la prueba <u>Sí</u> Nivel de Energía <u>Sí</u> Actitud frente a la prueba <u>Sí</u> Salud <u>Sí</u> Rapport <u>Sí</u> Otros _____	
Nombre _____ Date _____ Cociente equiv. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____			

**Section VII. Responses to the TONI-2 Form A**

5-7 yrs. >	1. 1 2 3 4 5 6	29. ① 2 3 4 5 6
	2. 1 2 3 4 5 6	30. 1 2 3 4 5 6
	3. 1 2 3 4 5 6	31. 1 2 3 4 5 6
	4. 1 2 3 4 5 6	32. 1 2 3 4 5 6
8-9 yrs. >	5. 1 2 3 4 5 6	33. 1 2 3 4 5 6
	6. 1 2 3 4 5 6	34. 1 2 3 4 5 6
	7. 1 2 3 4 5 6	35. 1 2 3 4 5 6
	8. 1 2 3 4 5 6	36. 1 2 3 4 5 6
	9. 1 2 3 4 5 6	37. 1 2 3 4 5 6
10-12 yrs. >	10. 1 2 3 4 5 6	38. 1 2 3 4 5 6
	11. 1 2 3 4 5 6	39. 1 2 3 4 5 6
	12. 1 2 3 4 5 6	40. 1 2 3 4 5 6
	13. 1 2 ③ 4 5 6	41. 1 2 3 4 5 6
	14. 1 2 3 4 ⑤ 6	42. 1 2 3 4 5 6
13-17 yrs. >	15. 1 2 3 ⑦	43. 1 2 3 4 5 6
	16. ① 2 3 4 5 6	44. 1 2 3 4 5 6
	17. 1 2 3 ⑨ 5 6	45. 1 2 3 4 5 6
	18. 1 2 3 4 ⑩ 6	46. 1 2 3 4 5 6
	19. 1 2 3 ④	47. 1 2 3 4 5 6
18-20 yrs. >	20. 1 2 ③ 4 5 6	48. 1 2 3 4 5 6
	21. 1 2 ③ 4 5 6	49. 1 2 3 4 5 6
	22. 1 2 3 ⑥ ③ 6	50. 1 2 3 4 5 6
	23. 1 2 ③ 4 5 6	51. 1 2 3 4 5 6
	24. ① 2 3 4 5 6	52. 1 2 3 4 5 6
21+ yrs. >	25. 1 2 3 4 5 6	53. 1 2 3 4 5 6
	26. 1 2 3 4 6	54. 1 2 3 4 5 6
	27. 1 2 3 4 5 6	55. 1 2 3 4 5 6
	28. 1 2 3 4	