

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



**"EMPATÍA Y ACTITUDES HOMOFÓBICAS EN ESTUDIANTES DEL 4TO Y  
5TO DE SECUNDARIA EN LOS DISTRITOS DE SABANDÍA Y SOCABAYA,  
AREQUIPA"**

**Tesis presentada por las Bachilleres:**

**NORMA MARIBEL VILAVILA QUISPE  
KORINA VILCA PILCO**

**Para optar el título profesional de Psicólogas**

**AREQUIPA – PERÚ  
2019**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres, hermanos(as), mi hijo Liam y  
mi compañero de la vida Fernando con  
amor y cariño.*

***Maribel***

*A mi familia por su apoyo constante en mis  
logros académicos y personales, además  
por la buena educación y valores que me  
han inculcado, con amor y cariño.*

***Korina***

## **AGRADECIMIENTO**

*A nuestros maestros de la Universidad Nacional de San Agustín de la escuela profesional de Psicología por ser nuestra guía en este camino académico, por brindarnos su tiempo, sus conocimientos, experiencias reflexiones, de una manera desinteresada.*

*A los alumnos y docentes de las Instituciones Educativas San Martín de Socabaya y Florentino Portugal, que han permitido la aplicación de las pruebas sin restricciones y haga que se lleve a cabo nuestra tesis.*

## **PRESENTACIÓN**

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

**Señor Decano de la Facultad de Psicología, RR. II. y Cs. de la Comunicación.**

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

**Señor Presidente del Jurado Dictaminador.**

**Señores Catedráticos Miembros del Jurado Dictaminador.**

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: “**EMPATÍA Y ACTITUDES HOMOFÓBICAS EN ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE SABANDIA Y SOCABAYA, AREQUIPA.**”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá optar el título profesional de Psicólogos.

Cumpliendo con los requerimientos del reglamento vigente, esperamos que vuestra justa apreciación evalúe el esfuerzo realizado y que la presente investigación sirva de aporte al conocimiento psicológico y sea un incentivo para que se realicen otras investigaciones.

Arequipa, 15 de Octubre del 2019

Bachilleres:

**NORMA MARIBEL VILAVILA QUISPE**

**KORINA VILCA PILCO**

## **RESUMEN**

La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación entre la empatía y las actitudes homofóbicas. Corresponde a un estudio de tipo descriptivo correlacional y a un diseño no experimental, transaccional correlacional. La muestra es no probabilística intencional, estuvo conformada por 339 estudiantes de ambos sexos, 169 varones y 170 mujeres, con edades correspondientes entre 14 y 18 años de edad, de 4to y 5to grado de educación secundaria, pertenecientes a 2 Instituciones Educativas Nacionales, ubicados en los distritos de Sabandía y Socabaya del departamento de Arequipa. La investigación se llevó a cabo, utilizando la escala moderna de Homofobia de Raja y Stokes (adaptación de Rodríguez, Lameiras, Carrera y Vallejo, 2013) y la escala de Empatía (Adaptación, y Validación de César Rey, 2003). Los resultados indican que no se encuentra una relación estadísticamente significativa inversa entre la empatía y las actitudes homofóbicas en general, es así que la empatía siempre tendrá un nivel medio sin importar cuál sea el grado de la actitud homofóbica, sin embargo, los estudiantes que obtuvieron niveles altos de empatía poseen en mayor porcentaje un nivel bajo de actitudes homofóbicas.

**Palabras clave:** *Homosexualidad, Empatía, Actitudes, Estudiantes, Gays y Lesbianas.*

## **ABSTRACT**

This research aims to establish the relationship between empathy and homophobic attitudes. It corresponds to one type: correlational descriptive, and to a design: nonexperimental, transactional descriptive correlational. The sample is not intentional probabilistic, it was made up of 339 students of both sexes, 169 men and 170 women, with corresponding ages between 14 and 18 years old, from 4th and 5th grade of secondary education, belonging to 2 National Educational Institutions, located in the districts of Sabandía and Socabaya - Arequipa. The research was carried out, using the modern scale of Homophobia of Raja and Stokes (adaptation of Rodríguez, Lameiras, Carrera and Vallejo, 2013) and the Empathy scale (Adaptation, and Validation of César Rey, 2003). The results indicate that there is no statistically significant inverse relationship between empathy and homophobic attitudes in general, so empathy will always have a medium level regardless of the degree of homophobic attitude, however students who obtained high levels Empathy has a lower percentage of homophobic attitudes.

**Keywords:** Homosexuality, Empathy, Attitudes, Students, Gays and Lesbians.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA .....</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	iii
<b>PRESENTACIÓN .....</b>	iv
<b>RESUMEN .....</b>	v
<b>ABSTRACT .....</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	xi
<b>CAPÍTULO I .....</b>	1
<b>PROBLEMA DE ESTUDIO .....</b>	1
<b>1. Planteamiento del problema.....</b>	1
1.1. Formulación del problema .....	3
<b>2. Objetivo .....</b>	3
2.1. Objetivo General .....	3
2.2. Objetivos específicos.....	4
<b>3. Hipótesis .....</b>	4
<b>4. Variables e indicadores .....</b>	5
<b>5. Justificación .....</b>	5
<b>6. Antecedentes de investigación .....</b>	7
<b>7. Limitaciones del estudio.....</b>	10
<b>8. Definición de términos .....</b>	11
<b>CAPITULO II.....</b>	14
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	14
<b>1. Empatía .....</b>	14
1.1. Antecedentes .....	14
1.2. Recorrido histórico de la empatía.....	14
1.3. Conceptos de empatía .....	16
1.4. Teorías psicológicas de la empatía.....	18
1.5. La empatía según la biología.....	21
1.6. Tipos de empatía:.....	22
1.7. Empatía y conducta de ayuda.....	22
1.8. Empatía y altruismo selectivo .....	23
<b>2. Actitudes.....</b>	24
2.1. Actitud.....	24
2.2. Definiciones de la actitud.....	24
2.3. Estructura de la actitud.....	25

2.3.1. Cognitivo .....	25
2.3.2. Afectivo-emocional.....	25
2.3.3. Comportamental.....	26
2.4. La organización de las actitudes .....	26
2.5. Formación de actitudes .....	27
<b>3. Homosexualidad .....</b>	<b>28</b>
3.1. Definición de homosexualidad.....	28
3.2. Etapas de desarrollo de la homosexualidad .....	29
a. Etapa de surgimiento .....	29
b. Etapa de identificación .....	29
c. Etapa de asumir una identidad .....	30
d. Etapa de aceptación de la identidad .....	30
e. Etapa de consolidación .....	30
f. Etapa de autoevaluación y de brindar apoyo.....	30
3.3. Desarrollo de la preferencia sexual .....	31
3.4. Causas de la orientación sexual: ¿biología o cultura? .....	31
3.5. Origen de la homosexualidad según la neurobiología. ....	32
3.6. Orientación sexual .....	33
3.7. Clasificación de la homosexualidad .....	36
3.8. Génesis de las actitudes hacia la sexualidad .....	41
3.9. Tipos de expresión de la homofobia.....	42
3.10. Actitudes frente a la homosexualidad .....	42
3.11. Dirección de las actitudes hacia la homosexualidad .....	43
3.12. Abordajes teóricos.....	44
3.12.1. Perspectiva Funcionalista .....	44
3.12.2. Modelo multidimensional.....	45
3.12.3. Estudios predictivos de la actitud homofóbica.....	46
3.13. El cambio de las actitudes.....	47
3.14. Actitudes hacia la sexualidad.....	50
3.15. Sub escalas y dimensiones de las actitudes hacia la homosexualidad (MHS) .....	56
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>58</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>58</b>
<b>1. Tipo / Diseño/ o Método .....</b>	<b>58</b>
1.1. Tipo .....	58
1.2. Diseño .....	58

<b>2. Sujetos .....</b>	<b>59</b>
2.1. Población de estudio:.....	59
2.2. Tamaño de la Muestra: .....	59
2.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	59
<b>3. Instrumentos .....</b>	<b>60</b>
3.1. La escala de empatía.....	60
3.2. Escala de homofobia moderna (mhs) .....	63
<b>4. Procedimiento .....</b>	<b>66</b>
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>68</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>82</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>82</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>87</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>106</b>
<b>CASOS.....</b>	<b>111</b>
<b>CASO 1 .....</b>	<b>112</b>
ANEXOS DE.....	151
CASO.....	151
ANEXOS PLAN PSICOTERAPÉUTICO .....	159
<b>CASO 2.....</b>	<b>165</b>
Cartilla1° .....	211
Cartilla 2° .....	212

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Características generales de la muestra. ....	69
Tabla N° 2: Niveles de empatía en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de los distritos de Sabandía y Socabaya, Arequipa. ....	70
Tabla N° 3: Niveles de empatía según la edad en estudiantes de 4to y 5to secundaria....	71
Tabla N° 4: Niveles de empatía según el sexo en estudiantes de 4to y 5to de secundaria. ....	72
Tabla N° 5: Niveles de actitudes homofóbicas en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria. ....	73
Tabla N° 6: Actitudes homofóbicas hacia gays y lesbianas en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria. ....	74
Tabla N° 7: Actitudes hacia la homosexualidad según la edad en estudiantes de 4to y 5to de secundaria. ....	75
Tabla N° 8: Actitudes homofóbicas según el sexo en estudiantes de 4to y 5to de secundaria. ....	77
Tabla N° 9: Correlación entre la empatía y las actitudes homofóbicas hacia gays en estudiantes de 4to y 5to de secundaria. ....	79
Tabla N° 10: Correlación entre la empatía y las actitudes homofóbicas hacia lesbianas en estudiantes de 4to y 5to de secundaria. ....	80
Tabla N° 11: Correlación entre la empatía y las actitudes homofóbicas en estudiantes de 4to y 5to de secundaria. ....	81

## INTRODUCCIÓN

Un concepto que está ligado a la conciencia social es la empatía la cual está definida como, la capacidad de la persona para responder a otros con base en aspectos cognitivos y afectivos propios y colocarse en lugar de otros. La empatía es importante en las relaciones sociales ya que repercute en gran parte en el repertorio de conductas sociales tales como la amistad, agresión, conductas altruistas y actitud hacia lo desconocido o temas tabúes como lo es actualmente la sexualidad humana.

Sin embargo, Álvarez-Gayou afirma que la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, para algunos es una fuente de placer y aceptación, para otros, origina problemas y conflictos de diversa índole, la diversidad sexual es un hecho que existe en todas partes del mundo, sin embargo, no siempre está aceptada culturalmente, debido a los estigmas y prejuicios que se tienen hacia lo diferente o minoritario.

De esta manera podemos observar cómo es que la comunidad homosexual forma parte de esta diversidad, surgiendo problemas por falta de aceptación, dependiendo del país donde se viva, no siendo el trato el mismo, a sea por falta de información, prejuicios, malos entendidos, de igual manera las personas homosexuales, llevan consigo una carga encima de ellos, al ser calificados de tener malos comportamientos, ya sea por promiscuidad, enfermos mentales, portadores de enfermedades de transmisión sexual, siendo los que los juzgan generalmente, la parte religiosa de la sociedad, causando por tal motivo mucho rechazo de parte de la sociedad.

Estas percepciones y reacciones frente a la homosexualidad son estudiadas bajo el concepto de actitud; dentro de las actitudes negativas tenemos a la homofobia término acuñado por el psicólogo George Weinberg a términos de los años 60. Lo empleó para

referirse al rechazo y menospicio que algunos heterosexuales encuentran hacia los homosexuales, así como al desprecio que algunos homosexuales sienten hacia sí mismos por motivo de su inclinación sexual. La homofobia implica, un prejuicio, una actitud discriminatoria dirigida hacia las personas que se identifican o definen como gays o lesbianas. Se caracteriza por un sentimiento de superioridad con respecto al otro, deshumanización del otro, que se ve como carente de emociones y conciencia, y convicción de ser merecedor de privilegios y estar en la posición correcta (Viñuales,2002). Durante mucho tiempo, la homosexualidad ha recibido un gran rechazo por parte de la sociedad, siendo incluso considerado un trastorno psicológico en el pasado. En 1973, la American Psychiatric Association eliminó la homosexualidad como trastorno psicológico. No obstante, muchas personas siguen considerando en la actualidad la homosexualidad como algo inadmisible o reprobable, o bien lo perciben como un trastorno.

Más o menos al mismo tiempo, empezó a usarse el término heterosexismo, de un modo similar a las expresiones racismo, antisemitismo o machismo, para describir un sistema ideológico que niega, rechaza o denigra cualquier forma de comportamiento, identidad, comunidad o estilo de vida que no sea heterosexual, al tiempo que ensalza la heterosexualidad.

El heterosexismo opera a través de un doble proceso de invisibilidad y ataque. La homosexualidad suele ser considerablemente poco perceptible o incluso encontrarse completamente oculta en distintas sociedades, por consiguiente, son aún muchas las personas homosexuales que ocultan su orientación sexual al resto de la sociedad, incluyendo familiares, amigos heterosexuales o compañeros de trabajo. En el momento en que hacen visible su homosexualidad, la mayoría son atacados por la sociedad. Este ataque

será mayor cuanto mayor sea el nivel de homofobia y heterosexismo actual en una sociedad o estado determinado.

Algunos autores estiman que la palabra homofobia no es apropiada, debido a que no se trata puntualmente de una fobia (miedo intenso), sino más bien de rechazo, desprecio u odio. Por este fundamento, plantean el uso de la expresión prejuicio sexual, que hace referencia a las posiciones negativas basadas en la inclinación sexual de una persona, tanto si yace homosexual como bisexual o heterosexual. El prejuicio sexual cuenta con tres rasgos fundamentales: se trata de una conducta (es decir, una evaluación o juicio); se dirige hacia un grupo social y sus miembros; y es negativo, implicando desprecio u hostilidad (Muñoz, A. 2002).

Las actitudes en torno a los gays y lesbianas se han estudiado desde considerables perspectivas, en especial intentando identificar cómo se desarrolla y cómo se puede facilitar intervenciones para disminuir el prejuicio y el rechazo social (Toro y Varas, 2004). Villa y Jaimes (2009) refieren que en cuanto a las actitudes de hombres y mujeres hacia los homosexuales del mismo sexo y del otro, estudios se han reportado, con numerosas poblaciones, que los varones poseen más actitudes de rechazo y de distancia social hacia los gays y menos actitudes negativas hacia las lesbianas. Asimismo, Toro y Varas (2004) reportaron que en estudiantes universitarios se encontraron, a nivel general, niveles moderados de distancia social hacia las personas gays y lesbianas, mientras que los varones mostraron un superior prejuicio que las mujeres. En relación a la diferencia de conocer o no conocer a un gay o lesbiana en las actitudes hacia los homosexuales Toro y Varas (2004) señalaron la existencia de diferencias significativas en relación al prejuicio entre grupos que informaron entender o no a personas gays o lesbianas.

Para conocer estas diferencias en las actitudes hacia los gays y lesbianas, se necesita considerar que tales actitudes se hallan influidas por un sistema generalizado de creencias de género, el cual incluye dimensiones tales como estereotipos de género, actitudes hacia los roles apropiados para cada sexo y determinadas percepciones de aquellos individuos que presumiblemente violan el patrón tradicional de roles sexuales (Acuña, Oyuela, 2006).

En cuanto a la empatía mostrada hacia los homosexuales es fundamental tomar en cuenta a Batson (1991, citado por Fernández, López y Márquez, 2008) que nos indica que la propuesta fundamental aquí es la de Batson (1991), quien entiende la empatía como una emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, o en otras palabras, como sentimientos de interés y compasión orientados hacia la otra persona que resultan de tener conciencia del sufrimiento de ésta. Esta definición de nuevo deja de lado el aspecto cognitivo de la empatía, y la entiende como una emoción que se elicitá ante la presencia de estímulos situacionales concretos. Desde esta perspectiva se trabaja presentando un estímulo emocional y evaluando los sentimientos experimentados a través de un inventario.

Buscando brindar evidencias anteriores existentes sobre estudios realizados acerca de la empatía y actitud homofóbica, podemos citar las siguientes investigaciones nacionales:

Zea Farfan y Borda Bustamante (2009) estudiaron la empatía y razonamiento moral prosocial en estudiantes del primer año de carreras de servicio de la UNSA, obtuvieron como resultado que las estudiantes de primer año de las carreras de servicio muestran mayor empatía que sus compañeros varones, pues ellas obtuvieron puntajes más altos en las cuatro sub escalas de empatía.

Tomás Caycho Rodríguez (2010) investigó las Actitudes hacia la Homosexualidad Masculina y Femenina en Adolescentes y Jóvenes Limeños en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Este estudio descriptivo-transversal busca identificar las actitudes

hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños. Se trabajó con 400 adolescentes y jóvenes heterosexuales, varones y mujeres, entre 17 y 24 años, empleando la Escala de Actitudes hacia la Homosexualidad de Barra (2002), se encontró que la muestra presenta actitudes menos favorables hacia las personas gays y lesbianas. Los varones reflejan actitudes negativas en comparación a las mujeres, mientras las personas que mencionaron conocer a un gay o una lesbiana presenta actitudes más positivas. Los resultados sostienen la evidencia de actitudes negativas contra gays y lesbianas en poblaciones de adolescentes y jóvenes, lo que permite corroborar resultados obtenidos con otras muestras similares de diversas partes del mundo.

Luis Alexander Valdivia Becerra, (1998) investigó las actitudes de los grupos religiosos hacia los homosexuales en la ciudad de Arequipa. Ha comprobado que no hay diferencia significativa en las actitudes entre damas del Movimiento Juvenil Salesiano y damas del grupo Israel, así también las actitudes de varones de ambos grupos religiosos, los cuales presentan una actitud moderadamente homofóbica. También comprobó que no había una diferencia significativa en la actitud entre varones y mujeres del grupo Israel y el movimiento juvenil salesianos, los cuales presentan una actitud moderadamente homofóbica. Los resultados indicaron que existe correlación entre pertenecer a un grupo religioso y tener actitudes moderadamente homofóbicas, entonces el sexo, grado de instrucción y ocupación de los adolescentes jóvenes no determina la actitud hacia la homosexualidad.

La siguiente investigación tiene como propósito determinar la relación significativa entre la empatía y las actitudes homofóbicas en estudiantes de 4to y 5to de secundaria en los distritos de Sabandía y Socabaya en Arequipa, así destacar la importancia de la Empatía

para la sana convivencia en las aulas y las actitudes frente diversidades existentes, ya sea racial, religioso, social o de género como la homosexualidad.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE ESTUDIO**

#### **1. Planteamiento del problema**

La diversidad sexual es un hecho que existe en el Perú y en otras partes del mundo, sin embargo, no siempre está aceptada culturalmente debido a los estigmas y prejuicios que se tienen hacia lo diferente o minoritario, dentro de esta diversidad sexual se encuentra la homosexualidad; personas que se sienten sexual y/o afectivamente atraídas hacia un solo sexo, que es igual al propio.

Por otro lado, las relaciones sociales están ligados al manejo de las habilidades sociales como la empatía, la cual está definida como, la capacidad de la persona para responder a otros con base en aspectos cognitivos y afectivos propios y colocarse en lugar de otros, y estos se exteriorizan muchas veces en actitudes. Nuestras actitudes con frecuencia son ambivalentes: valoramos varios temas, personas, grupos u objetos tanto negativa como positivamente. Actualmente podemos distinguir dos tipos de actitudes de la población sobre la homosexualidad. Las actitudes negativas u homofóbicas, presentes durante siglos y en actuales grupos minoritarios, donde conservan la idea de que las relaciones entre personas del mismo sexo son pecado y/o consecuencia de una enfermedad mental. Al mismo

tiempo, les culpabilizan de la aparición del virus del SIDA consecuencia de las prácticas sexuales llevadas a cabo. Estas actitudes llevan emparejadas conductas homofóbicas visibles a través de agresiones verbales, y en los casos más graves agresiones físicas. No obstante, cada vez hay un mayor número de personas con actitudes positivas que consideran la homosexualidad una forma de elección personal que merece los mismos derechos que los heterosexuales, los cuales les han sido negado durante años (Morgan y Nerison, 1993).

Por otro lado las actitudes de agrado o rechazo se demuestran gracias a las relaciones sociales, estos a la vez influyen sobre la conducta y los estados mentales de las personas, permitiendo la comprensión en cómo actúan los individuos cuando forman parte de grupos o sociedades.

Es así que se ve la necesidad de llevar un clima saludable en las aulas dependerá de las habilidades sociales que se maneje teniendo en cuenta, la comunicación, actitud pro social, actitud de aceptación hacia lo diferente y empatía, para un aprendizaje significativo.

La convivencia, el buen clima interpersonal, la aceptación entre pares sin discriminación o rechazo son condiciones necesarias para que se produzca el aprendizaje. El alumnado aprende mejor cuando está en un grupo donde es aceptado, valorado y tiene amigos, encuentra apoyo y afecto; la convivencia positiva mejora el rendimiento académico (Monjas, 2009).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y en vista de que en nuestra localidad carece de estudios relacionados hacia el tema de homosexualidad, y principalmente sobre las actitudes homofóbicas y de empatía, no solo de los adolescentes sino también de la población en general, es que planteamos el presente

estudio con la finalidad de aportar y enriquecer el conocimiento y comportamiento psicosocial.

A través de esta investigación tratamos de indagar si existe una relación negativa entre la empatía y las actitudes homofóbicas por parte de los estudiantes del 4to y 5to de secundaria ya que se encuentran en una etapa de desarrollo e identificación sexual asumiendo su sexualidad como parte de su propia personalidad, sus relaciones sociales acrecientan y requieren el manejo de mayores habilidades sociales como la autoestima, empatía y comunicación, demostrado aceptación o rechazo, es por ello que esperamos que nuestra investigación brinde los resultados para la creación de programas de prevención de violencia, prejuicios, discriminación y agresiones hacia las personas con orientaciones sexuales diversas para vivir en una sociedad respetuosa.

Por todo lo expuesto, el problema de investigación queda formulado de la siguiente manera:

### **1.1. Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre la empatía y la actitud homofóbica en estudiantes del 4to y 5to de secundaria, de los distritos de Sabandía y Socabaya, Arequipa?

## **2. Objetivo**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre la empatía y las actitudes homofóbicas en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de los distritos Sabandía y Socabaya, Arequipa.

## **2.2. Objetivos específicos**

- Identificar los niveles de empatía en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de los distritos de Sabandia y Socabaya, según edad y sexo.
- Identificar los niveles de las actitudes homofóbicas en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de los distritos Sabandía y Socabaya, según edad y sexo.
- Determinar la relación entre la empatía y las actitudes homofóbicas por niveles, en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de los distritos de Sabandía y Socabaya.

## **3. Hipótesis**

H1: Existe una relación significativa negativa entre la empatía y la actitud homofóbica en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de los distritos de Sabandía y Socabaya.

Ho: No existe una relación significativa negativa entre la empatía y la actitud homofóbica en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de los distritos de Sabandía y Socabaya.

#### 4. Variables e indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICION
Variable principal:  Empatía		Empatía:  Alta,  Media  Baja	Nominal
Variable secundaria:  Actitudes hacia la homosexualidad	Homofobia Hacia Gay MHS-G	Malestar personal  Desviación/Cambiabilidad  Homofobia institucional	Nominal
	Homofobia Hacia Lesbianas MHS-L	Homofobia institucional  Malestar personal  Desviación/Cambiabilidad	Nominal
Variable interviniente:  Sexo		Masculino  Femenino	Nominal
Variable interviniente:  Edad		14 a 15 años  16 a 18 años	Ordinal

#### 5. Justificación

Teniendo en cuenta la falta de investigaciones sobre la empatía y las actitudes homofóbicas hacia la homosexualidad masculina y femenina en la población, es que nos motivamos a realizar el presente trabajo como un aporte al conocimiento psicosocial en nuestro medio local, con la finalidad de contribuir con información

importante y necesaria para mejorar la interacción social sin distinción alguna, tal y como lo establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. todas las personas tienen derecho al goce de sus derechos humanos sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, tal como lo establecen el artículo 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el artículo 2 de los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como el artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. De igual manera el principio de no discriminación, exige que los derechos humanos se apliquen por igual a todos los seres humanos, independientemente de su orientación sexual o identidad de género.

De igual manera proporcionar la información necesaria a los profesionales ligados con el tema, para un abordaje justo y necesario, con la finalidad de tratar y/o trabajar de manera precisa con la sociedad, y en especial con los estudiantes, que se han visto involucrados en estos temas tan polémicos, como es la homosexualidad, priorizando el respeto y una sana convivencia, para mantener relaciones sociales positivas, independientemente a cada persona a su orientación sexual e identidad de género.

Con esta investigación perseguimos dar a conocer y/o contribuir el grado de empatía y actitudes de los estudiantes del 4to y 5to de secundaria, de la ciudad de Arequipa hacia la homosexualidad masculina y femenina; y por otro lado, es importante que prevalezcan la empatía y actitudes positivas en los adolescentes, sin

ser influenciadas por personas o medios ajenos a una sana convivencia dentro de una sociedad diversa.

También por otro lado, es importante que la presente investigación se tome en cuenta como un factor motivante a nuevas investigaciones, sobre la empatía y actitudes homofóbicas que generen aportes científicos para poder dar una acertada educación sexual en nuestro medio. Ya que es altamente probable que los homosexuales continúen luchando por sus derechos y obteniendo importantes logros hasta bien entrado el siglo XXI, teniendo en cuenta que está involucrado, lo social, económico, jurídico, político, psicológico, etc. dentro de nuestra sociedad. Por tal manera, nuestra presente investigación nos ayudará a entender al ser humano en su conjunto con los aportes que brindan los diversos grupos humanos que comparten nuestro hábitat y nuestro momento histórico.

## **6. Antecedentes de investigación**

Así podemos citar las siguientes investigaciones internacionales:

Villanova, Fernández y García (COGAM, 1996-1997) “Investigaron sobre las actitudes hacia la homosexualidad en la población adolescente escolarizada”. En términos absolutos, las mujeres adolescentes toleran mejor a las lesbianas que los hombres. Los hombres adolescentes toleran así mismo más a las lesbianas que a los homosexuales masculinos. La diferencia entre hombres y mujeres en la tolerancia a la homosexualidad del propio sexo es mucho mayor en mujeres que en hombres, posiblemente por las diferentes presiones que se ubican en la construcción de las características del género. La construcción del género masculino se apoya de manera importante en el alejamiento de los rasgos femeninos, que se asocian a la

homosexualidad y a las relaciones íntimas afectivas entre hombres, lo que no sucede con la misma fuerza en la construcción del género femenino.

León, Zambrano y Flores (2005) realizaron un estudio de adaptación de la escala moderna de homofobia de Sheela Raja y Joseph Stokes en un grupo de universitarios de Arica-Chile. Acerca de las diferencias entre géneros registradas en este trabajo. El hecho que los hombres hayan obtenido promedios más altos de homofobia hacia la homosexualidad masculina y femenina, que los de las mujeres, confirma lo hallado en otros estudios y corresponde a la historia de la homosexualidad tanto masculina como femenina, que siempre ha generado rechazo.

Rodríguez (2013-2014) investigó los Niveles de homofobia y lesbofobia en profesionales del ámbito social de la provincia de Ourense. A nivel general se identifican actitudes más negativas en profesionales masculinos, educadores/as sociales y familiares, de ámbito rururbano y de edades medias. Las actitudes más positivas se asocian a la muestra: femenina, de ámbito urbano, de mayor edad y psicólogos, psicopedagogos, logopetas y orientadores. Se observa que las mujeres registran niveles menores de homofobia y lesbofobia. A nivel malestar personal son trabajadores/as sociales y a nivel desviación/cambiabilidad y homofobia institucional los profesionales no vinculados al trabajo y educación social los que registran un menor grado de homofobia. Siendo esta superior en lesbianas que en gays y especialmente en educadores/as sociales y familiares a nivel malestar personal y en trabajadores/as sociales a nivel desviación/ cambiabilidad y homofobia institucional. Respecto al ámbito de pertenencia de la muestra que en el rural y áreas rururbanas el nivel de homofobia es superior a nivel

desviación/cambiabilidad y homofobia institucional, mientras que en áreas urbanas lo es a nivel malestar personal. Así mismo, respecto a la edad de los encuestados se observa que los mayores niveles de homofobia están asociados a profesionales de edades superiores a nivel malestar personal, edades medias a nivel desviación/cambiabilidad y a más jóvenes en la homofobia institucional (especialmente respecto a las lesbianas).

Rodríguez, Lameiras, Carrera y Vallejo (2013) realizaron la Validación de la Escala de Homofobia Moderna en una muestra de adolescentes en la Facultad de Psicología, Universidad de Santo Tomás, Colombia. Encontraron que los varones expresan significativamente más actitudes de homofobia que las mujeres. Considerando, por lo tanto, que esta escala es un instrumento útil y preciso para detectar las actitudes homofóbicas sutiles hacia gays y lesbianas.

Mestre, Frias y Samper (2004), analizaron las propiedades psicométricas de la medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Índex universidad de Valencia. Las fuertes diferencias de género en las cuatro sub-escalas constatan una mayor disposición empática en la mujer, tal como aparece en los resultados del propio autor (Davis, 1983) y en los estudios dirigidos a establecer estas diferencias. Es necesario tener en cuenta estas diferencias al interpretar las puntuaciones obtenidas con la aplicación del instrumento, por ello se han realizado todos los análisis de fiabilidad y validez y también los percentiles separadamente para varones y mujeres.

Samper, Díez y Martí (1998) estudiaron el Razonamiento Moral y Empatía, sus resultados muestran, lo esperado: que a medida que el sujeto crece abandona los

sentimientos más egoístas e inmaduros para dar paso a una empatía modulada por procesos cognitivos y por un afecto empático más altruista. Varones y mujeres tienen una capacidad cognitiva similar para comprender la situación de la víctima u objeto de empatía y ponerse en su lugar. También superan por igual los sentimientos de ansiedad y malestar al observar las experiencias negativas de los demás. La formación de los sujetos está en relación con los niveles más maduros de empatía en los que se combina procesos cognitivos y afectivos con una mayor orientación “hacia el otro”, a su vez se abandonan las respuestas afectivas más impulsivas y centradas en “uno mismo”.

Varo, Romera y García (2015) investigaron las Actitudes Homófonas de los jóvenes hacia gays y lesbianas, este estudio evidencia que los hombres presentan mayor malestar personal y no toman de buen agrado las políticas dirigidas hacia gays y lesbianas, se observa una disminución del malestar personal hacia gays y lesbianas y, también, en la creencia de que las personas homosexuales pueden cambiar su orientación a medida que se alcanzan cursos más altos.

A continuación, presentamos a las investigaciones nacionales.

Zea Farfán y Borda Bustamante (2009) estudiaron la Empatía y el Razonamiento Moral Pro-social en estudiantes del primer año de carreras de servicio de la UNSA. Obtuvieron como resultado que las estudiantes de primer año de las carreras de Servicio muestran mayor empatía que sus compañeros varones, pues ellas obtuvieron puntajes más altos en las cuatro sub escalas de empatía.

## **7. Limitaciones del estudio**

En los adolescentes evaluados, no se discute la religión que profesa, ni su identidad de género.

Los test utilizados que evalúa tanto la Empatía como las Actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina no tiene validez y confiabilidad peruana, por lo que usamos una adaptación colombiana, que es la que se asemeja más a nuestra realidad, como también hay que dar a conocer que se le dio validez interna por medio de tres jueces para la aplicación de la presente investigación.

Las investigadoras sólo tienen acceso a los colegios que aceptaron la investigación como un tema de interés social, pues al tratarse de un tema que en los últimos años viene causando polémica e incomodidad en algunos grupos políticos, sociales, religiosos, etc.

La accesibilidad a la muestra de dicha investigación fue de difícil acceso, ya que la institución debe proteger la imagen de esta y los posibles cuestionamientos de los padres de familia que podrían relacionarlo o confundir la intención de la investigación, así que el muestreo fue no probabilístico de forma intencionada.

## **8. Definición de términos**

### **a) Actitud**

Es una predisposición hacia el comportamiento. A lo largo del proceso de socialización las personas desarrollan predisposiciones hacia todo tipo de cuestiones. Son disposiciones para valorar favorable o desfavorablemente determinados eventos (Gómez, 2014).

### **b) Actitud Homofóbica**

Aversión, rechazo o temor, que puede llegar a lo patológico, hacia los homosexuales (COGAM, 2001).

**c) Empatía**

La empatía es una habilidad social de alto nivel, que hace referencia a la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona, o compartir la emoción percibida en el otro (Rey, 2003).

**d) Estudiantes**

Debe ser entendido como un ser social producto y protagonista de las múltiples interacciones sociales en que se involucran a lo largo de su vida escolar y extra escolar, las funciones psicológicas superiores son producto de estas interacciones sociales. Gracias a la participación en los procesos educacionales sustentados en distintas prácticas y procesos sociales que se involucran distintos agentes como el niño-aprendizaje. Al principio y al final del hecho, los saberes o instrumentos se encuentran distribuidos en un flujo sociocultural (manuales, libros programas computacionales, entre otros dispositivos de aprendizaje) el papel de interacción social con los otros (especialmente los que saben más: experto, maestro, padres, niños mayores, iguales etc. Tienen gran importancia fundamental para el desarrollo psicológico (cognitivo, afectivo) del niño-alumno (Piaget y Vygotsky, 2013).

**e) Gay**

Un hombre que se siente atraído emocional, romántica y sexualmente hacia otra persona del mismo género; en este se utilizan el término en referencia a los varones homosexuales (Ardila, 2008).

**f) Homosexualidad**

Según Diamond (2003), es la necesidad de buscar un determinado hombre o mujer para comprometerse en actividades sexuales; por lo tanto, es homosexual la persona

(hombre o mujer) que prefiere satisfacer sus deseos sexuales mediante el contacto o fantasía con personas del mismo sexo. Se refiere a la atracción emocional, romántica, así como a las relaciones sexuales y de pareja, ya sean fantaseadas o manifiestas, entre personas del mismo sexo; en contraposición a la heterosexualidad, que se refiere a la atracción, así como a las relaciones sexuales y de pareja, ya sean fantaseadas o manifiestas, entre hombres y mujeres.

**g) Lesbiana**

Una mujer que siente atracción emocional, romántica y sexual hacia otra mujer (Ardila, 2008).

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. Empatía**

##### **1.1. Antecedentes**

Hay que tomar en cuenta que la empatía es un aspecto muy importante para el ser humano, el cual se va desarrollando desde su nacimiento, y en todos los aspectos en el que se va relacionando con su entorno y sociedad, siendo ello muy importante para poder comprender y por qué no decirlo, ponerse en el lugar del otro con la finalidad de encontrar comprensión y buenas relaciones entre los seres humanos.

##### **1.2. Recorrido histórico de la empatía**

Tomando en cuenta el importante y completo aporte que realizaron sobre el recorrido histórico de la empatía, es que nos permitimos tomar como referencia el artículo “Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión” de Fernández, López y Márquez (2008), en el cual nos señala lo siguiente.

Uno de los primeros usos del término ocurrió en el siglo XVIII, cuando Robert Vischer usó el término refiriéndose a la expresión sentirse dentro de; del mismo modo, algunos filósofos y pensadores como Leibniz y Rousseau se refirieron a la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos. En el siglo

XX aparecen nuevas definiciones de la empatía como la de Lipps, quien la asocia con la imitación interna a través de la proyección de sí mismo en el otro. Kôhler, aborda la empatía como la comprensión de los sentimientos de otros; Mead (1934) complementa esta visión considerando que adoptar la perspectiva del otro es una forma de comprender sus sentimientos.

Más adelante, se generaron otros estudios desde la visión cognitiva, como los de Richardson y Malloy (1994), Davis (1996) y Stotland (1969), para quienes la empatía también consistía fundamentalmente en la adopción de la perspectiva cognitiva del otro. De igual manera, es importante resaltar el aporte de Dosh (1998), citado por Garaigordobil y García (2006), quien planteó que “la empatía puede considerarse como un factor protector de la violencia, junto a la inteligencia y la confianza”.

Hacia finales de la década de los sesenta surge un nuevo enfoque que privilegiaba el componente afectivo de la empatía sobre el cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario; Stotlan(1969), la consideró como la reacción emocional de un observador que percibe la emoción que está sintiendo o que va a sentir otra persona, por otra parte, Kohut (1959) ya había planteado la empatía como una introspección vicaria que genera un proceso en el que nos pensamos a nosotros mismos en el lugar del otro, y se asume la vivencia de ese otro como propia, de tal manera que se reviven experiencias interiores para lograr una percepción del significado de lo que le está aconteciendo. Algunos otros autores inscritos en esta visión y que retomaron la propuesta de Kohut, son Mehrabian y Epstein (1972) como también Hoffman (1987), los cuales definieron la empatía como una disposición del individuo a experimentar las emociones ajenas. A este grupo de investigadores pueden sumarse Wispé (1978), quien incluyó la relevancia

de los estados emocionales positivos como un aspecto importante al hablar de empatía. Al igual Decovic y Gerris (1994), analizaron la relación entre empatía y aceptación en el grupo de iguales, mostrando que los niños con un alto nivel de aprobación de parte de sus iguales son más empáticos. En la actualidad Royzman y Rozin (2006), han retomado y estudiado la empatía, nominándola con el término symhedonia.

Los autores mencionados anteriormente consideraron la empatía como una disposición de la persona, sin embargo; frente a esta idea surgió la perspectiva situacional en la cual de acuerdo con Batson (1991), la empatía se entiende como una emoción que se orienta hacia la otra persona como resultado de tener conciencia del sufrimiento de ésta, dicha emoción surge ante la presencia de estímulos situacionales concretos.

Salovey y Mayer (1990), proponen la integración de las perspectivas cognitivas y afectivas como una opción interesante que permite articular dos enfoques: disposicional y situacional, es decir; afirman que la empatía requiere la adecuada identificación de las respuestas emocionales en otras personas e incluye no sólo actitudes de disposición, sino habilidades o competencias bien definidas para entender las situaciones.

### **1.3. Conceptos de empatía**

Etimológicamente el término Empatía fue modelado de la expresión inglesa “simpathy”, ya que posee la misma raíz griega a la que se añadió el prefijo “em”, Titchener fue quien introdujo el término en 1909 realizando la traducción del alemán “einfühlung” que a su vez significa: ein = dentro, en y fuhlen = sentir (Repetto, 1992).

Inicialmente, Wispé (1986) dice que la “Empatía se produce por una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro”, por lo tanto, es común escuchar la frase ponerse en los zapatos de... aludiendo a la tarea de identificar y entender los sentimientos de alguien más; esto es inherente a nuestra condición de seres sociales, dado que, al compartir cotidianamente con otros, surge la necesidad de acompañarlos y entenderlos.

De acuerdo con Eisenberg (1992), la empatía se puede definir como la capacidad de “aprehender el mundo interior de otro y acompañar a otro en sus sentimientos”. Dicha capacidad implica entender y compartir las emociones percibidas en el otro sujeto con quien nos relacionamos, de tal manera que se pueda sentir con otro, ya sea porque inferimos el estado emocional de los demás a través de sus expresiones físicas o verbales o por la lectura de las situaciones por las que está pasando la persona en el momento.

También se ha definido como una habilidad social que permite la persona anticiparse a lo que otras personas piensan y sienten, para poder comprender y experimentar su punto de vista (Hoffman, 1987). Citado por Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado (2007).

Existen diversas definiciones de empatía. Empatía es la capacidad que consiste en inferir los pensamientos y sentimientos de otros, lo cual genera sentimientos de simpatía, comprensión y ternura (Batson y Cols 1997), Citado por Morales, Moya, Gaviria, Cuadrado (2007).

Actualmente, se define a la Empatía desde un enfoque multidimensional y es conceptualizada como “La capacidad de la persona para dar respuesta a los demás teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, y destacando la

importancia de la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás” (Garaigordobil y García, 2006).

Según la RAE, la empatía es la “identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo del otro”; en una segunda acepción, la explica como la “capacidad de identificarse con alguien y compartir su sentimiento”.

Según Preston y Waal (2002) Citado por Morales, Moya, Gaviria, Cuadrado, (2007)

La empatía consiste en la habilidad de ponerse en el lugar de los demás y ser capaz de experimentar sus mismas emociones.

#### **1.4. Teorías psicológicas de la empatía**

Freud, habla de los conceptos de Empatía e identificación. Según Freud el “animal humano” tiene el afán de identificarse para construir su estructura personal, ello, yo y súper-yo, con el fin de evitar la ansiedad que le ocasiona no tener desarrollada la personalidad. Este proceso resulta más fácil, al modelar nuestra conducta en comparación con la de algún otro. Freud afirma que el éxito de nuestras identificaciones durante la infancia, ayuda al individuo a adquirir un sentido de su propia identidad. Además, completa esta idea diciendo que esta identificación puede ser *sana* (cuando se alcanza el punto de vista de la otra persona, haciéndose más cooperativa y armoniosa la relación con los otros) o *patológica*, ya sea debido a que el propio yo quede absorbido en el ajeno o, por el contrario, a que el sujeto no pueda abandonar su rígido campo de referencia, temiendo que la proximidad a los otros pueda dañarle (Olmedo y Montes 2009).

**La Identificación consta de tres elementos:**

**Introyección:** residuo del animal del que procede el hombre, por el cual se tiene la necesidad de poseer lo demás.

**Imitación:** por poseer y por parecerse a los demás.

**Regresión:** capacidad de identificarse con contemporáneos, así como con aquellos que hayan significado algo en nuestra vida. Identificación retroactiva.

Unos años más tarde, la teoría de Role-Taking , incorpora al estudio de la empatía la importancia de la influencia de los factores sociales y las relaciones interpersonales. A diferencia de Freud, para el que lo que prima es el subconsciente y los aspectos no-verbales, los canales de comunicación de este proceso empático, son cognitivos y no están a expensas de la imaginación. Se trata de sentir lo que siente el otro, pero de un modo más cognitivo que emocional; aprendemos a simpatizar con otros y asistirles tomando su actitud, ya que no es la persona del otro lo que deseamos, sino sus ideas, así como su imagen que éstos tienen de nosotros, para comprenderlo y anticiparnos a ellos, al tiempo que nos ayuda a autocomprendernos de un modo más óptimo (Olmedo y Montes 2009).

Para Adler, sus teorías sobre la personalidad se construyen en base a tres pilares básicos:

- Sentimiento de inferioridad.
- Voluntad de poder.
- Sentimiento de comunidad.

Así pues, la empatía para él, nace de ese sentimiento innato de carácter social, en virtud del cual podemos conocer los sentimientos de los otros.

Por último, Watson sostiene que la capacidad de comprensión hacia los demás, al margen de ser innata, no necesita de haber vivido una experiencia similar para llegar

a entenderla, ya que nada de lo que hacen los hombres es extraño para nosotros mismos.

Por último, hablaremos de la comprensión psicológica de la empatía, propuesta por Reik, el cual pretendía investigar el proceso del subconsciente del propio psicoanalista, basándose en los pensamientos de Nietzsche, y la cualidad del psicoanalista de comprender a los pacientes. Apunta que la peculiaridad de la voz o de la mirada en numerosas ocasiones nos revela más que las palabras. Reik establece una serie de fases en el proceso empático, que vamos a analizar a continuación:

- a. **Identificación:** Fase ya tratada por Freud y en la que mediante la relajación de nuestro control consciente, podemos llegar a ser absorbidos en la contemplación de la otra persona y de sus experiencias, perdiendo así la conciencia de nuestro yo, nos proyectamos dentro del otro y experimentamos lo que el otro siente.
- b. **Incorporación:** Esta fase resulta en ocasiones difícil de separar de la anterior; en ella, incorporamos al otro en nuestro interior y asumimos sus experiencias como nuestras.
- c. **Reverberación:** supone saber lo que significa lo que estamos sintiendo, para lo cual comienza a interactuar nuestro yo con el yo interiorizado.
- d. **Separación:** este concepto se relaciona, como mencionábamos anteriormente, con el concepto antropológico de la empatía; así, una vez realizado todo el proceso anterior, nos sepáramos de nuestras implicaciones y usamos la razón, ganando distancia psíquica y social, permitiéndonos realizar un análisis objetivo (Olmedo y Montes, 2009).

### **1.5. La empatía según la biología.**

Los aspectos afectivos de la empatía responden con sufrimiento ante el sufrimiento de los demás y mostrar preocupación pueden observarse en niños, otros primates y quizás en algunos otros mamíferos, como perros y delfines (Baron, y Byrne, 2005). Empatía, la cual consiste en la habilidad de ponerse en el lugar de los demás y ser capaz de experimentar sus mismas emociones. Hay que tener en cuenta que la empatía aparece en los humanos desde la más temprana infancia, llevaría a pensar que es algo innato según Preston y Waal (2002), los cuales elaboraron el *Modelo de percepción-acción* para tratar de explicar la empatía desde el punto de vista de la neuroanatomía. De acuerdo con dicho modelo, si una persona presta atención al estado emocional de otra, esto activa una representación de dicho estado emocional que genera una respuesta asociada a dicho estado (Fernández, López y Márquez, 2008).

Como las personas pasan mucho tiempo con sus familiares y amigos, el beneficio biológico de ayudarles sería el resultado de una adaptación de su sistema nervioso que les predispondría a experimentar empatía. A pesar de todo, no se ha identificado una zona concreta del cerebro donde esté localizada la empatía. De hecho, los investigadores no hablan de “zonas”, y menos de “órganos”, sino de sistemas interconectados para una habilidad concreta. De esta manera, no parece que exista una zona específica, sino varias, y las “neuronas espejo” son fundamentales para explicar esto.

Se ha localizado en la corteza cerebral un grupo de neuronas con la capacidad de descargar impulsos tanto cuando una persona observa a otra realizar un movimiento como cuando es el propio individuo quien lo hace. A estas neuronas se las ha denominado *neuronas espejo* y forman parte de un sistema de percepción/acción,

de modo que la observación de movimientos de la mano, boca o pie, activa las mismas regiones de la corteza motora que si se estuvieran realizando esos movimientos, a pesar de que esta activación motora no se transforme en movimiento la crítica a este modelo por parte de los psicólogos del desarrollo argumenta que el Modelo de percepción-acción es demasiado simple en la relación que establece entre los procesos neurológicos y la respuesta empática, y no tiene en cuenta los cambios a lo largo del desarrollo del individuo (Morales, Moya, Gaviria, Cuadrado, 2007).

### **1.6. Tipos de empatía:**

Se presentan dos tipos de Empatía:

- a) **Empatía cognitiva:** Se refiere a tomar la perspectiva de la otra persona, es decir, ponerse en su lugar.
- b) **La empatía emocional:** Tiene dos variantes y consiste en tratar de experimentar las mismas respuestas emocionales que experimenta la otra persona (empatía paralela), o reaccionar emocionalmente ante las experiencias que esa otra persona está viviendo (empatía reactiva).

El primero de los tipos de empatía es lo que se ha considerado con ese mismo nombre, es decir, empatía, o también toma de perspectiva.

La empatía emocional se conoce como simpatía, respuesta emocional o toma de perspectiva afectiva. (Morales, Moya, Gaviria, Cuadrado, 2007).

### **1.7. Empatía y conducta de ayuda**

La empatía puede entenderse como una respuesta emocional orientada hacia otras personas que es congruente con el bienestar (o malestar) percibido de dichas

personas. Así, ante alguien que sufre o padece un estado de necesidad, la mayoría de observadores experimenta una respuesta empática congruente con dicho estado (sentimientos de simpatía y compasión) así como un fuerte malestar por el sufrimiento de la víctima. Bien sea por los sentimientos de simpatía y compasión que suscita la persona o bien sea para reducir el malestar que suscita su sufrimiento (las teorías sobre altruismo no se ponen de acuerdo en este punto), la empatía lleva a las personas a implicarse en conductas de ayuda (Morales, Moya, Gaviria, Cuadrado, 2007).

### **1.8. Empatía y altruismo selectivo**

La empatía juega otro rol adicional en la conducta de ayuda. Cuando deben tomarse decisiones acerca del uso de recursos limitados para ayudar a un grupo necesitado, surge un problema fundamental. ¿Los recursos deben dividirse equitativamente entre todos los miembros del grupo o sólo entre algunos de sus miembros? La mejor manera de ayudar a un grupo como un todo sería distribuir los recursos de forma equitativa. Sin embargo, si una persona con recursos está motivada ya sea por el egoísmo («primero encárgate del número uno») o por la empatía dirigida a un solo miembro del grupo (*altruismo selectivo* hacia un individuo que activa tus emociones), el grupo como un todo será desatendido Batson y Ahmed (1999). Cualquiera de estas alternativas amenaza el bien común. Aunque el efecto negativo del egoísmo no es sorprendente, el efecto del altruismo selectivo es mucho menos obvio.

Es sin lugar a dudas mucho más difícil generar ayuda para miles de niños desnutridos que para un niño específico que tiene un nombre y cuyo rostro puede verse en una fotografía. Guardar los recursos para ti mismo (egoísmo) es obviamente objeto de

desaprobación, pero decidir ayudar a un miembro del grupo (altruismo selectivo) generalmente es elogiado (Baron, y Byrne, 2005).

## **2. Actitudes**

### **2.1. Actitud**

La actitud es uno de los aspectos muy importantes que forma parte de nuestra personalidad, de nuestra manera de comportarnos, forma parte de nuestra vida, todos poseemos diferentes actitudes hacia determinadas situaciones, por ejemplo: unos están a favor del aborto otros no, unos están a favor del matrimonio gay otros no, y así un sin fin de ejemplos por decir, por tal motivo lo que a continuación les presentamos sobre las actitudes nos ayudara a entender y conocer con más claridad este aspecto tan importante con el que convivimos en nuestro diario vivir. La diferencia se encuentra en que las actitudes son tanto más marcadas y firmes cuanto mayor sea la implicación personal y cuanto más sometida a polémica esté la cuestión objeto de la actitud (Gómez, 2014).

### **2.2. Definiciones de la actitud**

Según Thurstone (1928), nos dice que la actitud es “La intensidad de afecto a favor o en contra de un objeto psicológico”.

“Un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado” (Allport, 1935).

“Una respuesta afectiva, relativamente estable, en relación con un objeto” (Murphy y Newcomb, 1935).

“Una organización duradera de procesos motivadores, emocionales, perceptivos y cognoscitivos, en relación con el mundo en que se mueve la persona” (Krech, y Crutchfield, 1948).

“Una orientación relativamente duradera en relación con algún objeto de la experiencia” (Schellenberg, 1970).

Son juicios evaluativos sobre los objetos del pensamiento (Kimble, 2002).

### **2.3. Estructura de la actitud**

La actitud forma una estructura compuesta por tres factores: cognitivo, afectivoemocional y comportamental. Cuanta más cohesión haya entre estos factores, más firme es la actitud y por tanto más difícil es su cambio (Gómez, 2014).

#### **2.3.1. Cognitivo**

Es decir, toda actitud se basa en ideas, en cogniciones. El origen de ellas radica en la asimilación de contenidos como resultado del procesamiento de la información que se produce en un contexto social determinado y en relación con un proceso de socialización concreto. Subrayemos aquí que el contexto social puede ser determinante.

#### **2.3.2. Afectivo-emocional**

Las emociones son reacciones subjetivas a estímulos especialmente significativos o relevantes que implican, por lo general, una reacción psicofisiológica y una atribución cognitiva. Las emociones desarrollan una función claramente adaptativa al servicio de la supervivencia. En este sentido, el estrés es un estado de activación que prepara al organismo para la acción

(ataque o huida, haciendo una simplificación). Sin embargo, en los seres humanos, mucho más complejos, la emoción tiene un claro componente subjetivo, se trata de un estado emocional, de «sentimientos» en el sentido más popular Reeve (1992); Etxebarria (1996), citados por (Gómez, 2014).

### **2.3.3. Comportamental**

La resultante de las dos componentes anteriores marca una tendencia a comportarse de manera coherente con el conjunto de la estructura. En definitiva, toda actitud es una disposición a actuar de una determinada manera, bien en sentido positivo, o negativo. La actitud es tanto más marcada cuanta mayor implicación personal tenga el asunto de que se trate y cuanta más polémica suscite. Toda actitud se sustenta en ideas, sentimientos y tendencias comportamentales. Es evidente que la sexualidad no deja indiferente a casi nadie: es un asunto en permanente polémica y tiene una clara implicación personal. En mayor o menor medida, todas las personas tienen una actitud, una predisposición hacia ella, una tendencia a responder positiva o negativamente hacia lo erótico. Reeve (1992); Etxebarria (1996), citados por Gómez (2014).

## **2.4. La organización de las actitudes**

### **¿Qué constituye una actitud?**

A juicio de algunos psicólogos sociales, las actitudes se constituyen a partir de las creencias y de los valores, en el sistema de Jones y Gerard (1967), citados por Kimble y colaboradores (2002), las actitudes son el resultado de la combinación lógica de estos elementos cognoscitivos y valorativos. Por consiguiente, esta

perspectiva se compondría de dos tipos de elementos: cognoscitivos (creencias) y los emocionales (valores).

- **Creencias:** son pensamientos no evaluativos referentes a las características de los “objetos” de nuestro mundo.
- **Valores:** son evaluaciones de la bondad o maldad de los objetos del pensamiento.

## 2.5. Formación de actitudes

### ¿Cómo y por qué se desarrollan las actitudes?

- a. **Aprendizaje social:** Adquirir las actitudes a partir de los demás. El proceso a través del cual adquirimos nueva información, formas de comportarnos o actitudes hacia otras personas. Tal aprendizaje sucede a través de varios procesos.
- b. **Condicionamiento clásico:** aprendizaje basado en la asociación, es una forma básica de aprendizaje en la cual un estímulo, inicialmente neutral, adquiere la capacidad de evocar reacciones a través de la asociación repetida con otro estímulo. En un sentido, un estímulo se vuelve una señal para la presentación o surgimiento del otro.
- c. **Condicionamiento subliminal:** el condicionamiento clásico que ocurre a través de la exposición a estímulos que están por debajo del umbral de atención consciente del individuo.
- d. **Condicionamiento instrumental:** Aprender a mantener los puntos de vista «correctos». Es una forma básica de aprendizaje en la cual se refuerzan las respuestas que llevan a un resultado positivo o que permiten evitar resultados negativos.

e. **Aprendizaje observacional:** aprender a través del ejemplo. Una forma básica de aprendizaje en la cual los individuos adquieren nuevas formas de comportamiento o pensamiento a través de la observación del comportamiento de otros.

f. **Comparación social y formación de actitudes:** Una base para el aprendizaje observacional. Es nuestra tendencia a compararnos con otros para determinar si nuestro punto de vista sobre la realidad social es o no correcta (Baron y Byrne, 2005).

### **3. Homosexualidad**

La homosexualidad es tan antigua como la historia, fue un fenómeno bien conocido en la Roma antigua, donde se practicó en forma abierta y común. Los antiguos griegos la consideraron no solo como natural en ciertos rasgos intelectuales, sino también como una forma de amor más elevado. El amor homosexual de manera más típica entrelazaba en la tela de los objetivos filosóficos, intelectuales y espirituales tan ensalzados por los griegos (Karlen, 1971) citado por (Valdivia, 1998).

#### **3.1. Definición de homosexualidad**

Por homosexual se entiende a la persona cuyas atracciones primarias afectivas eróticas son con personas del mismo género (Ardila, 2008).

Es la preferencia que tiene una persona para relacionarse con personas de su mismo género, en este caso, “preferencia” es la inclinación natural y no un proceso

necesariamente voluntario, de análisis, selección y decisión con una clara tendencia hacia esas mismas personas (Valdivia, 1998).

Bisexual: Es la persona cuyas atracciones afectivo eróticas son por miembros de ambos géneros, tanto varones como mujeres (Ardila, 2008).

Heterosexual: Es la persona cuyas atracciones afectivo eróticas son por personas del otro género (Ardila, 2008).

### **3.2. Etapas de desarrollo de la homosexualidad**

Veamos los estadios que atraviesa los gays en su desarrollo psicológico, es posible que las mismas etapas se presenten en las lesbianas, o que existan diferencias. Estas etapas se encuentran en un continuo, son puntos de máxima concentración (por ejemplo, en la adolescencia), pero queremos enfatizar que los cambios psicológicos se presentan a lo largo de toda la vida (Ardila ,2008).

#### **a. Etapa de surgimiento**

Se presenta durante la infancia. El niño se considera diferente, tiende a ocultarse, experimenta sentimientos de alienación y de depresión. Aparecen las fantasías homosexuales y en algunos casos las primeras experiencias. La infancia de la mayoría de los homosexuales es bastante solitaria y la persona tiende a la introspección y a reflexionar sobre sí misma.

#### **b. Etapa de identificación**

El niño acepta que es diferente. Las fantasías homosexuales dejan de considerarse pasajeras y se asumen como parte de la propia personalidad. El individuo comienza a considerarse homosexual y a aceptarse como tal. Este proceso ocurre durante la adolescencia, pero puede ser posterior a ella.

**c. Etapa de asumir una identidad**

Generalmente ocurre en la adultez temprana, comienzan las relaciones sociales con compañeros homosexuales, lo cual le brinda apoyo emocional. Sin embargo, ante la sociedad en general el individuo continúa pasando por heterosexual por temor al rechazo. No es todavía el momento de salir del clóset.

**d. Etapa de aceptación de la identidad**

Se caracteriza porque la persona revela su homosexualidad a personas relevantes de su entorno, en su familia, su trabajo y/o su círculo social. Este proceso de *salir del clóset* le demuestra que es posible ser aceptado como homosexual, a pesar de formar parte de una minoría en una sociedad básicamente homofóbica. La otra característica de esta etapa es la formación de pareja. El individuo encuentra una persona con la cual forma una relación estable, lo cual implica, en la mayoría de los casos, vivir juntos, compartir el trabajo y el descanso y tener un apoyo emocional en todos los momentos de la vida.

**e. Etapa de consolidación**

La persona enfatiza la autenticidad en su vida y se siente orgulloso de sí mismo. Es posible que entre a formar parte de grupos activistas de derechos humanos gay (cuando los hay en su comunidad). En un principio, había percibido una separación tajante entre homosexuales y heterosexuales, como dos bandos en una contienda.

**f. Etapa de autoevaluación y de brindar apoyo**

La persona analiza su propia vida, examina su sistema de valores, observa en perspectiva sus triunfos y fracasos. Desempeña el papel de mentor con otros homosexuales jóvenes, con el fin de orientarlos, brindarles su apoyo y ayudarles a superar el estigma, el ostracismo, el rechazo y el odio que él experimentó en el pasado.

### **3.3. Desarrollo de la preferencia sexual**

Los investigadores han centrado su atención en el papel de los factores biológicos y el aprendizaje en el desarrollo de las preferencias sexuales. Un estudio sugiere que tal vez existan diferencias anatómicas entre el cerebro de los hombres homosexuales y heterosexuales (Levay, 1991).

Hace 25 años se enfatizaban los factores de aprendizaje, mientras que a comienzos del siglo enfatizamos los factores genéticos y hormonales. Seguramente una interacción entre parámetros genéticos, hormonales y de comportamiento pueda explicar más adecuadamente esta pauta de conducta, que ha existido a lo largo de toda la historia y cuyo significado evolutivo no se conoce muy bien. Como miembros de un grupo minoritario, los homosexuales no han sido bienvenidos en la sociedad mayoritaria.

### **3.4. Causas de la orientación sexual: ¿biología o cultura?**

Las causas de la homosexualidad, es un problema que ha interesado mucho a los sexólogos. Las principales teorías son las siguientes según Ardila:

- a. **Psicoanalítica.** Existe una estructura familiar que produce homosexuales, en la cual el padre es una persona pasiva, hostil e indiferente y la madre es posesiva, seductora o competitiva.
- b. **Teoría del aprendizaje.** El muchacho o la niña aprende a ser homosexual por medio del refuerzo (gratificación) que recibe por esta conducta. Generalmente, la homosexualidad empieza temprano en la vida, en la mayoría de los casos durante la adolescencia. Alguien le enseña al muchacho las conductas homosexuales incluyendo masturbación recíproca, sexo oral, anal, etcétera. En muy pocos casos dicho aprendizaje ocurre durante la madurez.

**c. Teoría genética.** Investigaciones recientes indican que existen factores genéticos, hormonales y neuroanatómicos que difieren en homosexuales y heterosexuales, tanto para hombres como para mujeres. En gemelos monocigóticos, si uno de los miembros de la pareja es homosexual, la probabilidad de que el otro lo sea es aproximadamente del 50%; para gemelos dicigóticos es mucho más baja y lo mismo para hermanos. Además, la reacción ante los esteroides (en particular los estrógenos) del eje hipotálamo-pituitaria-gónadas es diferente en homosexuales y heterosexuales. Las diferencias neuroanatomías son las más interesantes: el núcleo supraquiasmico es más grande y alargado en homosexuales que en heterosexuales. El núcleo intersticial del hipotálamo lateral es más pequeño en homosexuales que en heterosexuales. La comisura anterior – que es un tracto de fibras que conecta los lóbulos temporales de los dos hemisferios cerebrales– es más grande en homosexuales que en heterosexuales (Ardila, 2008).

### **3.5. Origen de la homosexualidad según la neurobiología.**

Según Herrero (1997) la acción de las hormonas puede modificar las estructuras cerebrales responsables del dimorfismo sexual. Estas modificaciones tienen lugar del tercer-cuarto mes intrauterino hasta los primeros meses/años tras el nacimiento.

En relación al dimorfismo sexual del cerebro y sus implicaciones en la orientación sexual, y aunque ningún resultado es absolutamente concluyente, se han estudiado variaciones en el tamaño de diferentes núcleos cerebrales, lateralización cerebral, preferencia de utilización de una u otra mano, niveles de

testosterona, características de personalidad y habilidades motoras y/o cognitivas.

El desarrollo embrionario comienza con un oocito fertilizado que contiene un par de cromosomas sexuales, XX si se trata de una mujer o XY si se trata de un varón. Con los conocimientos actuales, se cree que el sexo del embrión no establece diferencias en las primeras semanas del desarrollo y a nivel del mesodermo intermedio se puede observar la cresta genital indiferenciado (3-4 semanas). A partir de la sexta semana, se evidencia en el embrión el rudimento de los sistemas reproductores, el conducto de Wolff (o conducto mesonéfrico) que dará origen al sistema reproductor masculino, y los conductos de Müller (o conductos paramesonéfricos) que se convertirán en el sistema reproductor femenino. Si ocurre alguna anomalía en este proceso, el individuo queda incompleto en su masculinización fenotípica. Tanto la diferenciación masculina como la femenina son procesos activos genéticamente regulados. No significa que la diferenciación femenina sea diferenciación por defecto.

### **3.6. Orientación sexual**

Según Herrero (1997) nos indica en cuanto a la orientación sexual, que la mayoría de los hombres y mujeres sienten atracción sexual por personas del sexo opuesto, pero del 1 al 5% de la población solo sienten atracción por personas de su mismo sexo, y otros en grado variable indistintamente por ambos. La orientación sexual es un concepto peculiar del ser humano. Solo en la especie humana encontramos individuos que presentan preferencia homosexual exclusiva. ¿Es que la orientación sexual tiene una explicación biológica? Aunque muchos investigadores han hipotetizado la existencia de un

factor biológico de la homosexualidad, y a pesar que las nuevas tecnologías son incorporadas como vías de responder a esta pregunta, todavía falta evidencia empírica absoluta. La escasa consistencia de los datos se debe a que hay múltiples factores ambientales imposibles de evaluar. Los indicios obtenidos hasta el momento actual son fragmentarios indicando que la orientación sexual es consecuencia de un proceso de desarrollo multifactorial en el cual toman parte tanto los factores biológicos como los factores psicosociales. En experimentación animal es claro que la diferenciación sexual no queda completa con la formación de los genitales, sino que existe también una diferenciación sexual en cerebro femenino (mujer) o masculino (varón). El cerebro (como los genitales externos) es susceptible de variaciones por acción de las hormonas, masculino en presencia de andrógenos y femenino en ausencia de andrógenos. En este sentido, se ha propuesto que el cerebro de individuos homosexuales sería conceptualmente una forma de pseudohermafroditismo ya que se desarrollarían "cerebros femeninos" en cuerpos masculinos y viceversa. La orientación sexual emerge de la interacción entre el ambiente y las características de personalidad dentro de fenómenos del más alto nivel psicológico. La orientación sexual no es dimórfica sino polimórfica: las motivaciones conscientes o inconscientes asociadas con la atracción sexual humana divergen incluso entre las personas del mismo sexo e inclinación sexual. Si bien esta determinación biológica implica generalmente la formación secreción de hormonas masculinas o femeninas (sexo endocrino) responsables de la caracterización fenotípica (mujer-varón), está sólidamente demostrado que el ambiente socio-cultural imprime su influencia. Si la orientación sexual, al igual que otros aspectos de la personalidad, está

expresada en el cerebro, nos preguntamos, ¿cómo, ¿dónde, ¿cuándo? Estará determinada por factores hormonales, genéticos, físicos o químicos (antes, durante y después del nacimiento), por la experiencia y por el ambiente social y cultural. Pero, ¿existe una predisposición que al variar las circunstancias de cada individuo que se demuestre una orientación sexual concreta o está ya determinada?

**Se ha entendido:**

- a. Que la orientación homosexual es una desviación de la norma.
- b. Que su aceptación está sujeta a las tradiciones culturales.
- c. Que se deriva de un defecto bien biológico o de socialización (Byne y Parsons, 1993).

La mayoría de los estudios sobre homosexualidad establecen:

- Que la heterosexualidad es la norma y que no requiere una explicación científica.
- Que la homosexualidad es una forma de intersexualidad que no alcanza la diferenciación sexual quedando situada biológicamente entre el hombre heterosexual normal y la mujer heterosexual normal (Bancroft, 1994).

Las hipótesis en relación al origen biológico de la homosexualidad son: 1) Existencia de un rasgo estructural (del sistema nervioso) reconocible que indique la existencia de circuitos neuronales específicos en individuos homosexuales.

2) Existencia de determinación genética. Ambas establecerían la conducta homosexual como manifestación "obligatoria" en determinados individuos independientemente de su contexto biográfico. El proceso real de

diferenciación sexual debe ser un modelo interactivo en el que los genes y/o las hormonas no especifican la orientación sexual, pero definen la manera en que un individuo relacionándose con su entorno va a matizar su orientación sexual y otras características de su personalidad. El doble control genético y ambiental del desarrollo del sistema nervioso (corteza cerebral) proporcionan el marco conceptual para comprender la maduración de las facultades cognitivas y emocionales del ser humano. Existe un papel activo del individuo en construir su propia identidad.

**Podemos estudiar cuatro aspectos de la investigación biológica sobre la homosexualidad que determinaran sus bases neurobiológicas:**

- a. Los factores hormonales.
- b. Las estructuras cerebrales.
- c. La función neuropsicológica.
- d. Los factores genéticos.

### **3.7. Clasificación de la homosexualidad**

Dentro de los homosexuales existen tantas diferencias como entre los heterosexuales, constituyéndose una diversa tipología, tanto de personalidad como en el tipo de los contactos Valdivia (1998). Ellos pueden formar parejas relativamente estables, parejas inestables con tendencia a la promiscuidad, no forman parejas y ser o no promiscuos. Los contactos incluyen abrazos, besos, caricias, masturbación, felatio, coito, etc.

Actualmente es más marcada la diferencia entre los homosexuales afeminados, que adoptan un papel pasivo, y los homosexuales varoniles que no manifiestan amaneramientos y asumen el rol masculino en el coito.

Entre las lesbianas, las técnicas incluyen abrazos, besos, caricias manuales, frotamiento de los genitales (tribadismo), etc.

Los homosexuales logran el mismo nivel de ajuste social, salud mental y madurez que cualquier otro grupo de seres humanos en nuestra sociedad (Bell y Weinbeg, 1978).

Para fines de esta investigación se toma en cuenta la siguiente clasificación de homosexualidad:

#### **a. Homosexualidad masculina**

Que es la atracción que poseen algunos hombres a reaccionar erótica y sexualmente ante otros hombres. Es decir, los varones sienten atracción por otros varones y encuentran gran satisfacción en las relaciones de tipo sexual, que establecen entre sí. Algunos varones homosexuales llegan a dar en general una apariencia física de mucho cuidado, mientras que otros mantienen su aspecto masculino; de igual forma pasa con algunas lesbianas (Valdivia, 1998).

#### ➤ **Identidad gays**

Los hombres en nuestra sociedad tienen ansiedad a lo femenino en sí mismos porque han aprendido a valorarlo como inferior y degradante. La masculinidad hegemónica está motivada por una intensa misoginia. Así, el ser hombre, ser masculino, necesariamente está asociado con el rechazo a lo femenino y a la orientación por la heterosexualidad. Sólo los hombres

que han sido capaces de resistir el proceso de aculturación del modelo hegemónico de masculinidad o que han sido creados en contextos culturales con otras propuestas de masculinidad menos ansiosas tendrán relaciones heterosexuales u homosexuales diferentes (Salvador y Coordinadores, 2004).

Así, las autodefiniciones un momento central en el proceso de construcción de la identidad homosexual, lesbiana o gay al introyectar las concepciones diferenciales de las representaciones hegemónicas. Este proceso exigiría de una redefinición del concepto que no siempre se logra. Se convierte entonces en un ser diferente, donde la diferencia sexual, con la carga social que conlleva, se convierte en el más importante eje definitorio de su identidad aun y cuando no se exprese públicamente. El asumirse como gays conlleva entonces una serie de afirmaciones y contradicciones. Por una parte, reafirma su masculinidad y su distancia respecto a lo femenino, al mismo tiempo que asume muchas de las expresiones culturales del ser mujer. Esta condición resulta una de las más importantes amenazas al orden establecido, al no reconocerla posibilidad de que un sujeto desde la posición de poder se desvalorice y asuma la identidad del subordinado, en este caso la mujer. Desde la concepción patriarcal de la sociedad, el que un hombre busque asemejarse o comportarse como mujer es francamente incomprensible y retador, lo que provoca desde la extrañeza hasta el abierto rechazo. La autodefinición y la aceptación son procesos que frecuentemente caminan paralelos, pero no siempre se dan de manera similar.

La autodefinición consiste en que el individuo se coloca a sí mismo dentro de la categoría cognitiva de homosexual, sin que esto implique la aceptación de tal condición.

Se caracteriza por: representarse como diferente por sus sentimientos o deseos sexuales; se siente incapaz de deshacerse de sus sentimientos y deseos sexuales hacia personas de su mismo sexo y existe ausencia o insatisfacción en los contactos eróticos o afectivos con el otro sexo. Sin embargo, lograr la aceptación se refiere a otro proceso, el significado social del ser homosexual, asociado a imágenes denigrantes y peyorativas, dificulta la aceptación y requiere de un análisis personal y pertenencia social para sumirse realmente.

La manifestación pública exige de un proceso, que podríamos calificar de ideal, a través del que se pretende romper definitivamente con las representaciones hegemónicas al mostrarlo que comúnmente se han denominado como orgullo homosexual

La búsqueda del fortalecimiento de la identidad gays requiere de un distanciamiento de la mirada y del modelo heterosexual tradicional. Sin embargo, no siempre se busca; lo cual limita el proceso mismo de identificación real y de construcción de la propia identidad. Incluso, puede impedir la posibilidad de asumir una posición política de reconocimiento, orgullo y defensa de los propios derechos, pues los involucrados se encuentran sumidos en la ignorancia y la culpa por ser diferentes de los demás, pero también involucra el riesgo de no reconocerse.

## **b. Homosexualidad femenina**

Es la atracción sexual que algunas mujeres sienten por otras. Las mujeres homosexuales tienden a permanecer en relaciones más estables y duraderas en comparación con los homosexuales varones. De igual forma, algunas mujeres homosexuales adquieren una apariencia y comportamiento masculinizado, al no sentirse identificadas con su propio sexo (Valdivia, 1998).

### ➤ **Identidad lesbiana**

Identidad lesbiana se ha interpretado desde diferentes marcos se debate entre la identidad homosexual o gays y la lésbica; y entre las posturas feministas y las no feministas lo que ha dificultad o sobremanera su comprensión y la ha llevado a confrontarlas diferentes distorsiones que pretenden su definición para algunas feministas la identidad lésbica es concebida como una vertiente fundamental del feminismo es decir no se fundamenta en lo sexual sino en la hermandad solidaridad y afecto entre mujeres. Podríamos decir que los debates centrales en torno a la naturaleza del lesbianismo se sostienen en el desconocimiento y el dilema no resuelto acerca de la sexualidad femenina fundados precisamente en la concepción masculina de la sexualidad donde sin un pene no hay actividad sexual posible (Salvador y Coordinadores, 2004).

La expresión lésbica la constituyen experiencias que van más allá de la práctica genital: compartir vida íntima, luchar contra la opresión masculina, el apoyo práctico y político la resistencia al matrimonio y las redes de apoyo femenino es decir la amplia experiencia entre mujeres que

recorre la vida de las propias mujeres el lesbianismo es el punto vital de resistencia a la heterosexualidad obligatoria centrado en la realización del potencial que tienen las mujeres deliberarse sexual y emocionalmente de los hombres a decisión misma de expresarse y formar una pareja tiene necesariamente implicaciones políticas sociales y personales.

Además, si bien para el estudio de las identidades lésbicas según Viñuales (2000), es necesario tomar en cuenta los procesos de la toma de conciencia, el coming out así como el papel en las prácticas sexuales, la noción de pareja y los roles de género que desempeña; si efectivamente se adopta una postura feminista donde el concepto de persona prevalece por encima del de género, la definición sexual resulta irrelevante y habrá que mirarla desde otro lugar, en el que las dimensiones tradicionales para su análisis pierden sentido y obligan a posicionarse precisamente desde la transición, desde la transformación que muchas veces nos resulta incomprensible, pero que son un aporte importante para la construcción feminista de nuevos significados del ser mujer (Salvador y Coordinadores, 2004).

### **3.8. Génesis de las actitudes hacia la sexualidad**

Según Gómez (2013) las actitudes están basadas en ideas, sentimientos y tendencias comportamentales. La intervención psicológica y la educación, en sus distintos ámbitos, debe tener como objetivo la formación de actitudes positivas, tolerantes y democráticas. Para la génesis de actitudes positivas hacia la sexualidad es necesario transmitir los conocimientos necesarios en cada edad, inequívocos, exentos de mitos y falacias, científicos, es decir, veraces y suficientemente contrastados. Es preciso asociar dichos contenidos a

sentimientos positivos hacia la sexualidad a través de la naturalidad, espontaneidad, emanados a partir de sentimientos de seguridad.

### **3.9. Tipos de expresión de la homofobia**

La forma de expresión que puede alcanzar este temor homofóbico al que nos referimos, es variada según Villanova, Fernandez y Garcia (1996), pero principalmente se puede ver reflejado en dos bloques:

a) **Externalizado:** en respuestas o conductas verbales, físicas y emocionales que, en ocasiones, conllevan algún tipo de abuso de igual estilo en su origen hacía las personas homosexuales. Reflejado en chistes, insultos, descalificaciones, etc.

b) **Internalizado:** por la asimilación de las imágenes negativas que se presentan en la sociedad en general, en la familia, en el centro escolar, entre los compañeros de clase, en el grupo de iguales y todos aquellos lugares crisol de la socialización de la infancia y la adolescencia. Reflejado en baja autoestima, represión de la expresión y el sentimiento de los afectos, etc.

Evidentemente ambos canales de manifestación de la actitud homofóbica son percibidos por el niño y la niña, en su entorno social, desde el principio de su desarrollo y conforma sus futuras actitudes.

### **3.10. Actitudes frente a la homosexualidad**

Las actitudes que se observan, frente a las características de la orientación homosexual, se dividen en tres grandes bloques:

a. Aquel que agrupa a las personas que son claramente negativas y rechazantes.

- b. Aquel que agrupa a las personas que adoptan posiciones neutras y que constituyen el grupo de los tolerantes.
- c. Aquel que agrupa a las personas que son claramente afines a la aceptación de la homosexualidad como una manera que tienen algunas personas de vivir su sexualidad y sus relaciones afectivas (Gómez, 2014).

### **3.11. Dirección de las actitudes hacia la homosexualidad**

De la revisión de la literatura sobre actitudes hacia la homosexualidad Soriano, (1995) López y Fuertes (1989), se destacan tres dimensiones y dos tendencias: dimensión cognitiva, afectiva y conductual, con dirección positiva o negativa.

#### **a. Dirección Negativa**

**Cognitiva:** Es anormal, son peligrosos, son raros.

**Afectiva:** Ansiedad, incomodidad, malestar, asco, rechazo.

**Conductual:** Evitación, mofa, agresión.

#### **b. Dirección Positiva**

**Cognitiva:** Es una orientación minoritaria, pero normal. Los homosexuales son como los demás, hay de todo.

**Afectiva:** Aceptación, nada especial.

**Conductual:** Convivencia normalizada.

### **3.12. Abordajes teóricos**

#### **3.12.1. Perspectiva Funcionalista**

Otra perspectiva de análisis es la que se deriva de las posiciones funcionalistas, que justifican la pervivencia de las conductas según los refuerzos que reciben y de la función que cumplen para los sujetos que las sostienen. Siguiendo este planteamiento se aprecia un primer agrupamiento de actitudes positivas en torno a aquellas personas que han tenido la experiencia del contacto personal con homosexuales, que generalmente son más tolerantes y están más predisuestos a mantener una actitud positiva.

Un segundo agrupamiento es el integrado por las personas que requieren, para mantener su identidad, de los refuerzos conductuales derivados de compartir o creer que se comparten, las opiniones del grupo de sus relaciones personales, dándole un importante espacio a las mismas. Este grupo de personas tiene que reproducir constantemente las ideas y actitudes del grupo de pertenencia, repitiendo gestos, temáticas y expresiones tópicas, para así conseguir sentirse aceptados e integrados. Se desprende de ello un cierto autorreconocimiento de su valor personal, que pasa por las valoraciones que hacer el grupo.

Un tercer agrupamiento es el compuesto por aquellas personas que rechazan en los demás las opiniones o actitudes que, de alguna manera más o menos evidente, están dentro de ellos. Tratan con ello de alejar el fantasma o la realidad, que se encuentra en su interior, adjudicando y dirigiendo su rechazo a los demás. Este planteamiento aporta una explicación de las motivaciones que subyacen debajo de las conductas de

los sujetos que ven la paja en el ojo ajeno antes que la viga en el suyo. De tal manera buscarán y tacharán a otras personas de homosexuales y dirigirán hacia ellas sus agresiones, como tratando de hacer un exorcismo para con sus sentimientos más latentes (Villanova, Fernández y García, 1996-1997).

### **3.12.2. Modelo multidimensional**

Hasta el momento la forma de abordar el estudio de las actitudes frente a la homosexualidad ha sido el análisis de los factores individuales que correlacionan. Recientemente hay una corriente de investigación que se plantea el objetivo de definir, además, una estructura subyacente sobre la que hacer las valoraciones.

Se trata de relacionar los aspectos cognitivos conductuales y afectivos de los heterosexuales con otras variables individuales, como son el autoritarismo o las experiencias pasadas.

Se definen a partir de esta posición teórica los siguientes factores:

- Creencias estereotipadas: los homosexuales son afeminados, promiscuos, etc.
- Creencias simbólicas: Alteración de las relaciones entre los géneros, peligro de desestabilización social, descomposición de la familia tradicional, etc.
- Aspectos afectivos: Reacciones emocionales, reacciones por el contacto, etc.
- Experiencias tenidas: Volumen de contactos, valor cualitativo, etc. La articulación entre estos factores se realiza en cada persona de una manera diferente y, aquí está la mejor aportación de estos autores, depende de

ciertos aspectos personales, entre los que se encuentra el autoritarismo o los estilos de vida, estudiados ya por otros muchos autores en relación a temas ajenos a la homosexualidad (Villanova, Fernández y García, 1996-1997).

### **3.12.3. Estudios predictivos de la actitud homofóbica**

Un avance más en el control de los aspectos implicados en la homofobia, es el realizado por Agnew, Thompson y Smith (1993), citado por Villanova, Fernández y García (1996-1997), importante esfuerzo teórico para tratar de definir una graduación entre factores próximos y dístales en tres bloques de datos: familiares, personales y relacionales, graduación de niveles que les permite aventurar una predicción de la actitud homófoba del sujeto en cuestión:

#### **a. Factores Predictivos**

- Factores familiares dístales: Nivel educativo alcanzado, estabilidad familiar, tamaño de la comunidad en la que vive.
- Factores individuales dístales: Fundamentalmente los constructos de personalidad que se pudieran evalúan.
- Factores familiares próximos: Actitudes parentales ante el tema, severidad religiosa o moral, nivel intelectual, nivel cultural.
- Factores individuales próximos: Valor de las creencias religiosas, autoritarismo, fuerza en el valor de los roles de género, rigidez cognitiva.
- Relacional: No haber conocido a ninguna persona homosexual.

### **b. Factores No Predictivos**

- Factores familiares dístales: Tamaño familiar, mayor estatus social, madre trabajadora y con altos niveles de estudios.
- Factores individuales dístales: Agresividad, dominancia, flexibilidad, estilo general de relación interpersonal.
- Factores individuales próximos: Autoestima general, conservadurismo, identidad tipificada.

### **3.13. El cambio de las actitudes**

Según Gómez (2014) se deben plantear estrategias de cambio una vez cristalizadas las actitudes que el sentido común puede catalogarlas como negativas respecto a sí mismo, los demás o las cosas. El conocimiento de la naturaleza de la actitud explicado anteriormente nos permite perfilar las estrategias de cambio que explicamos a continuación. Considerando que la actitud puede ser analizada desde la teoría de los sistemas, podemos aplicar sus reglas. Cuando un elemento nuevo se introduce en el sistema, todo el sistema cambia. Si se modifica alguno de los elementos de la estructura de la actitud, esta tenderá a cambiar. El cambio de actitud puede producirse fundamentalmente si se modifica la base cognitiva que la sustenta, o bien si cambian las reacciones emocionales, los sentimientos, que emanan del objeto de la actitud.

Si desde el punto de vista del crecimiento personal nos proponemos modificar aquellas actitudes que consideramos que perjudican un desarrollo psicosexual armónico, necesitaremos analizar en primer lugar la estructura que mantiene esa actitud. Como ya se ha indicado, esta se basará en unas ideas concretas y

unas reacciones emocionales específicas. Conocidas tales actitudes, podemos contrarrestar estas ideas con una información veraz suficientemente contrastada, desde el punto de vista cognitivo. El componente emocional podrá cambiar en la medida que se produzca algún tipo de confrontación de los sentimientos propios con los de otras personas en las mismas situaciones. El componente emocional tenderá a cambiar si se producen «impactos» emocionales capaces de modificar reacciones emocionales previas. El cambio de actitudes no es fácil. Cuanto mayor sea la cohesión de su estructura, tanto más difícil será su cambio.

Solo confrontaciones emocionales de determinada intensidad pueden producir cambios, cuando un elemento nuevo, bien sea cognitivo, o bien emocional, trata de introducirse en la estructura de la actitud, pueden producirse las siguientes reacciones que mostraremos a través del siguiente ejemplo: se trata de un hombre que tiene una fuerte actitud homofóbica. Analizaremos los componentes propios de la actitud. La firmeza y cohesión entre los componentes la mantienen inamovible. Este hombre cognitivamente pensará: «Todas las personas homo-sexuales son peligrosas y poco fiables». Emocionalmente sentirá malestar, ansiedad, inquietud ante la presencia a solas con una persona homosexual. Desde el punto de vista comportamental, mostraría una fuerte tendencia a evitar tal situación. Imaginemos que tiene una experiencia positiva con un hombre homosexual. Las circunstancias hacen que ambos tengan que realizar una tarea en la empresa en la que trabajan que les obliga a estar juntos. El hombre homófobo se siente muy intranquilo, ansioso, pero puede realizar el trabajo con su compañero. La experiencia laboral ha sido positiva.

**A. El proceso de cambio de actitud suele producirse a través de fases sucesivas.**

- La primera fase que analizaremos consiste en el «rechazo» de la integración del elemento nuevo surgido de su experiencia. La situación sería la siguiente: parecía que una experiencia directa con la persona homosexual podía haber modificado la actitud. Ha podido comprobar que la orientación sexual de su compañero no afecta en absoluto a la tarea en común. Además, no se confirman sus prejuicios acerca de las personas homosexuales. La experiencia directa entre los dos es el elemento nuevo que se introduce en la estructura de la actitud. En este caso, y desde el punto de vista sistémico, la resistencia al cambio es superior a la necesidad del mismo y se produce el rechazo de ese elemento, manteniéndose firme la actitud homófoba.
- La siguiente fase consiste en la «escisión» de la estructura. Supongamos que él llega a estar francamente cómodo en otra situación similar. El tiempo laboral pasado juntos hace que se cree confianza y bienestar entre ellos. Ello le supone un cierto impacto emocional positivo por la intensidad de lo vivido. La evidencia de la experiencia vivida genera una cierta disonancia cognitiva, es decir, sus creencias no se corresponden con la realidad, y no se cumple la expectativa de la reacción emocional. Sin embargo, en este caso domina la resistencia al cambio y la tendencia a mantener el equilibrio anterior. El resultado puede ser de la siguiente manera. La persona del ejemplo pensaría: «Todos los homosexuales son poco fiables, este es una excepción». Desde el punto de vista emocional, tendería al bienestar con esa persona en concreto. Desde el punto de vista

comportamental, mostraría una tendencia moderada a evitar situaciones similares. Vemos cómo la actitud comienza a debilitarse al aparecer fisuras en su estructura, pero se tiende a la situación anterior. Finalmente, los elementos introducidos en el sistema ponen en crisis la estructura, se rompe la cohesión entre sus elementos y el propio sistema se ve obligado a estructurar un equilibrio nuevo y superior. La circunstancia laboral ha logrado que la persona homófoba haya podido comprobar que no se cumplen sus expectativas acerca del peligro de los homosexuales. La experiencia le ha permitido apreciar a su compañero homosexual, comprobar la insensatez de sus prejuicios. Le ha permitido percibir la valía de su compañero, su calidad personal, sus cualidades, sus valores. La experiencia laboral le ha despertado sentimientos positivos hacia él, de hecho, se hicieron amigos, su amistad le ha permitido conocer a otras personas, hombres y mujeres homosexuales. Desde su heterosexualidad ha podido comprobar que la orientación sexual es otro modo de ser y afrontar la vida. Vemos cómo ha tenido que modificar sus ideas acerca de la homosexualidad, y la relación con él le ha creado una fuerte confrontación emocional que ha provocado el cambio de actitud.

### **3.14. Actitudes hacia la sexualidad**

Como hemos visto, la actitud hacia la sexualidad es una disposición hacia la misma. Esta puede ser positiva o negativa. Toda persona estaría situada en un continuo que va desde la positividad hasta la negatividad. La actitud positiva se caracteriza por la comprensión de que la dimensión sexual de las personas es una fuente de riqueza que debe ser vivida en plenitud. Las personas que se

sitúan en este lado del continuo poseen ideas positivas hacia lo erótico, se comprometen personalmente en el cultivo de la sexualidad, surgen de ellas emociones positivas, son abiertas y respetuosas hacia las opciones sexuales de los demás, no tienen dificultades para verbalizar cuestiones relacionadas con el sexo y consideran que la educación sexual es necesaria. Las personas que tienen una actitud negativa hacia la sexualidad tienden a pensar que todo lo relacionado con el sexo es peligroso, puede ser perjudicial, puede provocar dolor y sufrimiento, surgen de ellas emociones negativas como sentimientos de culpa exagerados, miedo, vergüenza, tienden a pensar que la educación sexual es una cuestión muy delicada cuya responsabilidad está en los padres, generalmente se declaran incompetentes en esta materia y delegan en los expertos. Los profesionales con marcada actitud negativa hacia la sexualidad, psicólogos, sanitarios, educadores, profesionales de la justicia, tienden a desenfocar cuestiones relacionadas con la sexualidad, magnificándolas injustificadamente, criminalizándolas, descontextualizándolas, estigmatizándolas, tendiendo a sacar conclusiones erróneas. La actitud hacia la sexualidad no es cuestión baladí (Gómez, 2014).

**A. En la literatura científica existen dos constructos que han estudiado este campo:**

El constructo erotofobia-erotofilia, y los sentimientos de culpa sexual.

### **a. La dimensión erotofobia-erotofilia**

Erotofobia-erotofilia: Disposición a responder a cuestiones sexuales a lo largo de una dimensión positivo-negativa, según Fisher, Byrne, White y Kelley (1988), citados por Gómez, (2014), tiene una clara consistencia interna y puede considerarse como un rasgo de personalidad. Tratando de documentar con mayor evidencia esta aseveración, investigaron su relación con otras variables de personalidad como el autoritarismo, el dogmatismo, la adhesión a un rol de género tradicional, índices de ortodoxia y con diferentes aspectos del comportamiento sexual. En este sentido y de acuerdo con los individuos autoritarios son rígidamente convencionales, opuestos a comportamientos sexuales heterodoxos y sexualmente represivos.

Cualquier persona se sitúa en un continuo bipolar en cuyos extremos se hallarían la erotofobia y la erotofilia. Esto se basa en el “modelo de refuerzo de afecto de respuestas evaluativas”, deducido de las investigaciones sobre atracción interpersonal, formulación basada en principios de aprendizaje, que enfatiza la importancia de las reacciones emocionales Byrne (1982.1983) citado por (Gómez, 2014).

**B. La secuencia de la génesis de esta dimensión es la siguiente.** En primer lugar, las respuestas afectivas se asocian con una variedad de cuestiones sexuales, y dichas respuestas son transformadas en conjuntos evaluativos actitudinales relativamente estables.

En segundo lugar, las respuestas informativas, creencias y expectativas que son importantes para la sexualidad se aprenden.

En tercer lugar, las personas adquieren o generan respuestas fantaseadas, basadas en la imaginación, en las que se van involucrando temas sexuales y eróticos.

La predisposición actitudinal se convierte en un filtro que mediatiza no solo los comportamientos, sino también la percepción de las cuestiones relacionadas con la sexualidad, así como el procesamiento de la información al respecto (Gómez, 2014).

#### a. **Homofobia**

Diremos que la homofobia se refiere a la actitud psicológica y social de rechazo genérico de la homosexualidad. Es preciso, no obstante, profundizar en la clarificación de este concepto. La utilización por primera vez del término homofobia, tal y como indica Borrillo (2001), se atribuye a K. T. Smith. En su artículo definió la homofobia como:

“El temor de estar con un homosexual en un espacio cerrado y, en lo que concierne a los homosexuales, el odio hacia sí mismos”.

Como vemos, esta definición se restringe exclusivamente al concepto clínico de fobia. Sin embargo, la homofobia, en un sentido más amplio, más psicosocial, tiene claramente dos sentidos.

El primero, como indicaba K.T. Smith, citado por Borrillo (2001), hace referencia a una dimensión individual que se ajusta al concepto clínico de fobia, expresándose como temor al homosexual o a la homosexualidad, aprensión psicológica, ansiedad, etc. Se refiere, como ya se ha indicado, al temor a la persona homosexual, o al rechazo de uno mismo a causa de la homosexualidad.

El segundo sentido se refiere al rechazo social de la homosexualidad y se ajusta más al concepto de actitud psicológica, cuya estructura hemos definido anteriormente. La homofobia, desde este punto de vista, estaría sustentada en ideas de orden psicológico, social, médico, moral, jurídico, antropológico (componente cognitivo), en reacciones emocionales tales como el miedo, enojo, rabia, ira (componente afectivo-emocional) y en una tendencia comportamental que se expresaría en rechazo manifiesto, segregación, agresión verbal o física, marginación, discriminación (componente comportamental).

Según Borrillo (2001), el concepto de homofobia designa dos aspectos diferentes de la misma realidad:

- Una dimensión personal de naturaleza afectiva que se manifiesta en un rechazo a los homosexuales.
- Una dimensión cultural, de naturaleza cognitiva, en la que no es el homosexual, en tanto que individuo, el que es objeto del rechazo, sino la homosexualidad como fenómeno psicológico y social.

La homofobia puede ser definida como la hostilidad general, psicológica y social, respecto a aquellos y aquellas de quienes se supone que desean a individuos de su propio sexo o tienen prácticas sexuales con ellos. Forma específica del sexismo, la homofobia rechaza también a todos los que no se conforman con el papel predeterminado por su sexo biológico. Construcción ideológica consistente en la promoción de una forma de sexualidad (hetero) en detrimento de otra (homo), la homofobia organiza una jerarquización de las sexualidades y extrae de ella consecuencias políticas.

La homofobia está presente en los insultos, las bromas, las representaciones caricaturescas y el lenguaje coloquial, y retrata a los gays y a las lesbianas como criaturas grotescas y objetos de escarnio. La injuria constituye la combinación de la homofobia afectiva y cognitiva en la medida en que, como señala D. Eribon, «maricón» («tortillera») no son simples palabras lanzadas de paso. Son agresiones verbales que marcan la conciencia. Son traumas que se inscriben en la memoria y en el cuerpo (ya que la timidez, el malestar o la vergüenza son actitudes corporales producidas por la hostilidad del mundo exterior). Y una de las consecuencias de la injuria es la de dar forma a la relación con los otros y con el mundo. Y, por lo tanto, formar la personalidad, la subjetividad, el ser mismo de un individuo. La violencia en estado puro que representa la homofobia psicológica no es otra cosa que la integración paradigmática de una actitud homosexual, que atraviesa la historia de nuestras sociedades. El miedo a veces pueril que suscita aún el homosexual se remonta a la producción cultural del occidente judeo-cristiano (Borrillo, 2001).

### C. Bases de apoyo de las actitudes homofóbicas

Según Bancroft (1989), citado Villanova, Fernández y García (1996-1997) la homofobia puede apoyar su fuerza y estabilidad en algunos de los mitos más manidos de la heterosexualidad como norma, tomando como referentes las siguientes ideas:

- Manifiesto rechazo hacia todo tipo de grupos minoritarios.
- Historia de las conductas consideradas como antinaturales.
- Justificación filogenética, por ser no procreadores.

- Defensa de los valores y las normas sociales.
- Mantenimiento de los estereotipos de rol de género heterosexual.
- Homosexualidad como enfermedad o vicio.

La base común más clara que aglutina a este ramillete de argumentos es la supuesta defensa de la inmanencia de los valores eternos, que en realidad esconde la supremacía de la mayoría heterosexual y la negación de lo diferente.

### **3.15. Sub escalas y dimensiones de las actitudes hacia la homosexualidad**

#### **(MHS)**

La escala de homofobia moderna de Raja y Stokes (1998) consta de dos subescalas:

- a) **Actitudes hacia Gays o actitudes homofobas (MHS-G):** Aversión, rechazo o temor, que puede llegar a lo patológico, a gays, a la homosexualidad o a sus manifestaciones. La homofobia está relacionada con el rechazo general que se tiene a los grupos minoritarios (COGAM, 2001).
- b) **Actitudes hacia lesbianas o actitudes lesbofobicas (MHS-L):** Término específico con el que se conoce el miedo o rechazo a las lesbianas. El carácter particular y diferencial de la vivencia de la homosexualidad femenina concede a la lesbofobia unas características especiales que incluyen, por ejemplo, un mayor ocultamiento e ignorancia de la existencia de lo lésbico (COGAM, 2001).

**Dimensiones sutiles, hacia homosexuales como hacia lesbianas (Raja y Stokes, 1998).**

- **Malestar Personal (Personal discomfort)**: que se define como la necesidad de evitar el contacto personal con los gays y las lesbianas, debido a una sensación de incomodidad cuando los gays y las lesbianas están presentes y/o la creencia de que los gays y las lesbianas están enfermos y son unos/as pervertidos/as.
- **Homofobia Institucional (Institucional Homophobia)**: que hace referencia a las prácticas organizadas o sistemáticas de exclusión de las personas gays y lesbianas tanto a nivel gubernamental, empresarial, religiosa o profesional; es decir, esta dimensión de la escala no mide los actos de discriminación hacia este colectivo, sino que mide el grado en que las personas creen que las políticas institucionales y las prácticas deben estar libres de sesgos referidos a la orientación sexual;
- **Desviación/ Cambiabilidad (Deviance/ Changeability)** que está relacionada con la creencia de que las personas gays y lesbianas pueden cambiar su orientación sexual cuando ellos/as quieran.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### **1. Tipo / Diseño/ o Método**

##### **1.1. Tipo**

La presente investigación es de tipo Descriptivo Correlacional según Hernández, Fernández y Baptista (2011).

- a) **Descriptivo:** Por cuanto se pretende numerar, clasificar o especificar las propiedades, cualidades y características importantes del fenómeno a investigar. En este caso la empatía y las actitudes negativas hacia la homosexualidad femenina y masculina en los estudiantes.
- b) **Correlacional:** Porque trata de determinar y explicar la relación o asociación entre la empatía y las actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina.

##### **1.2. Diseño**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2011), el diseño que se usó es no experimental, transeccional, correlacional.

- a) **No experimental:** Porque no se han manipulado las variables intencionalmente, observando el fenómeno a estudiar en su contexto natural para después analizarlo.
- b) **Es Transversal:** Porque se recolectaron los datos en un solo momento.

## **2. Sujetos**

### **2.1. Población de estudio:**

La población total en la presente investigación está conformada por los estudiantes de secundaria correspondientes al 4to y 5to grado de ambos sexos, con edades de entre 14 y 18 años, pertenecientes a 2 Instituciones Educativas Nacionales, ubicados en los distritos de Sabandía y Socabaya del departamento de Arequipa.

### **2.2. Tamaño de la Muestra:**

La muestra es no probabilística por conveniencia, donde los sujetos fueron seleccionados dada la accesibilidad y proximidad de los mismos para la investigación. y está constituida por 339 estudiantes, con 174 y 165 del 4to y 5to grado de secundaria respectivamente, siendo estudiantes de sexo masculino 169 y de sexo femenino 170, entre los 14 a 18 años de edad, los estudiantes pertenecen a 2 Instituciones Educativas Nacionales del distrito de Sabandía y Socabaya de la ciudad de Arequipa, que aceptaron la aplicación del cuestionario.

### **2.3. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **a) Criterios de inclusión**

- Estudiantes que cursen el 4to y 5to grado de secundaria.
- Pertenecer a las instituciones educativas nacionales, Florentino Portugal y

San Martin de Socabaya de los distritos Sabandía y Socabaya.

- Estudiantes que hayan llenado ambos cuestionarios.

**b) Criterios de exclusión:**

- Estudiantes que no correspondan al 4to y 5to grado de secundaria.
- Instituciones educativas privadas y que no pertenezcan a los distritos de Sabanía y Socabaya.
- Estudiantes que no completen el llenado de los cuestionarios.

**3. Instrumentos**

En la presente investigación utilizamos dos instrumentos psicológicos: La escala de empatía de Cesar Rey y la Escala de Homofobia moderna (MHS) las cuales presentamos a continuación con sus respectivas fichas técnicas:

**3.1. La escala de empatía**

**Ficha técnica**

Nombre del Instrumento	: Escala de empatía.
Autor	: César Rey (2003).
Traducción y Adaptación	: Adaptación y Validación de César Rey (2003), Universidad Católica De Colombia.
Tiempo de Administración	: 15 minutos.
Administración	: Individual, grupal y/o auto aplicable.
Ámbito de aplicación	: Dirigido a adolescentes y preadolescentes de 11 a 18 años, de ambos sexos.
Material	: El instrumento consta de 15 ítems.

**Descripción de la prueba:**

Esta escala intenta medir la empatía desde el punto de vista de una habilidad para comprender la situación, las emociones y los sentimientos de otra persona; en ese

sentido, siguiendo la diferenciación hecha por (Fuentes, 1989), mide la empatía desde el punto de vista de una disposición más que de un estado situacional.

**Calificación:** Sus respuestas se dan a través de una escala tipo Likert de cuatro opciones ("Nunca": 1 punto, "Alguna vez": 2 puntos, "Muchas veces": 3 puntos, y "Siempre": 4 puntos). Por lo que la escala permite obtener una puntuación mínima de 15 puntos y una máxima de 60, donde se considera que son alta las puntuaciones que van desde 47 hacia arriba, media entre 32 y 46 y baja por debajo de 31.

### **Validez**

De acuerdo a Dalen y Mayer (1991), la validez de un instrumento consiste en que tal instrumento debe medir la característica o variable para la cual fue construida; en este caso, de la Escala de Empatía, es así que la validez fue evaluada a través del análisis discriminante, tomando como criterio el poseer diagnóstico de trastorno disocial, dado que se considera en el ámbito clínico los niños y adolescentes que presentan este trastorno, poseen una baja empatía. Este criterio funcionó como la variable categórica que permitió clasificar a los preadolescentes y adolescentes que participaron en esta investigación, con base en dos valores: “con diagnóstico de trastorno disocial” y “sin diagnóstico de trastorno disocial”.  
(Ascione, 1993)

Por otro lado, al no existir validación nacional de los instrumentos utilizados, se sometieron a evaluación de tres jueces de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, los cuales según su veredicto cambiaron algunos términos, nexos, sinónimos que van acorde a la población a evaluar. Las modificaciones se verán en el anexo 1.

**Confiabilidad:**

La confiabilidad es la capacidad de dar iguales o similares resultados aplicando un mismo instrumento en diversas oportunidades y en iguales condiciones (Briones, 2004; Dalen y Mayer, 1991).

La fórmula de Cronbach para evaluar la confiabilidad de esta escala arrojó un valor alpha estandarizado de 0,7828, que señala que posee un nivel adecuado de confiabilidad. En cuanto a las correlaciones entre cada uno de los reactivos de la escala y la puntuación total obtenida (correlación reactivo-total), se obtuvo coeficientes de correlación (formula producto momento de Pearson bilateral y Spearman bilateral) de un nivel de significación superior a 0,001 para cada uno de los ítems en relación con la puntuación total.

Por su parte, el análisis discriminante arrojó un valor Lambda de Wilks de 0,978, el cual indica, aun nivel de significación de 0,008, que la media mostrada por el grupo de preadolescentes y adolescentes diagnosticados con trastorno disocial (37,5638) era muy diferente de la mostrada por el grupo de niños y adolescentes que no fueron diagnosticados (39,6964).

Por otra parte, la media obtenida por todo el grupo de preadolescentes y adolescentes fue de 39,0660, con una mediana de 39,00, siendo 36,00 la moda de menor valor. La desviación típica obtenida fue de 6,5662 y la varianza fue de 43,1155; la puntuación mínima fue de 21,00, mientras que la máxima fue 60,00, la curtosis fue de 0,280, mientras que el índice de apuntalamiento fue de 0,304.

Las puntuaciones distribuidas de acuerdo a percentiles.

### **3.2. Escala de homofobia moderna (mhs)**

Nombre del Instrumento	: Escala Moderna de Homofobia
Autor	: Raja y Stokes, 1998.
Traducción y Adaptación	: De Rodríguez, Lameiras, Carrera y Vallejo, <i>Facultad de Psicología, Universidad de Santo Tomás, Colombia en el año 2013.</i>
Tiempo de Administración	: 20 minutos.
Administración	: Individual o grupal.
Ámbito de aplicación	: A mujeres y varones de 14 a 18 años de edad, según la adaptación colombiana.
Material	: La escala consta de 46 ítems, constituida por 2 sub escalas; homofobia hacia gays (MHS-G) y homofobia hacia lesbianas (MHS-L) de 22 y 24 ítems respectivamente.

#### **Descripción de la prueba:**

La Escala evalúa actitudes negativas y de rechazo, hacia gays (MHS-G) como hacía lesbianas (MHS-L).

La escala consta de 46 ítems, constituida por 2 sub escalas; homofobia hacia gays (MHS-G) y homofobia hacia lesbianas (MHS-L) de 22 y 24 ítems respectivamente.

Cada sub escala mide a su vez, tres factores:

- 1.** Malestar personal: (MHS-G 1-9) y (MHS-L 12-21).
- 2.** Desviación/cambiabilidad: (MHS-G 10-13) y (MHS-L 22-24).
- 3.** Homofobia institucional: (MHS-G 14-22) y (MHS-L 1-11).

### **Calificación:**

En formato Likert donde; 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (bastante en desacuerdo), 3 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo), 4 (bastante de acuerdo), 5 (totalmente de acuerdo). En la escala se interpreta que, a mayores puntuaciones, actitudes más negativas (actitudes homofóbicas) hacia la homosexualidad y el lesbianismo (homofobia, lesbofobia). La escala permite obtener una puntuación mínima de 46 y máxima de 230, donde se consideran altas puntuaciones de 170 hasta 230, media entre 108 y 169, baja de 46 hasta 107. La sub escala homofobia hacia gay, permite obtener una puntuación mínima de 22 y máxima de 110, donde puntuaciones altas van de 82 a 110, media entre 52 y 81, baja de 22 hasta 51. Para la sub escala de lesbofobia, permite obtener una puntuación mínima de 24 y máxima de 120, donde puntuaciones altas van de 89 a 120, media entre 57 y 88, baja de 24 hasta 55.

### **Validez**

Al no existir validación nacional de los instrumentos utilizados, se sometieron a evaluación de tres jueces de la Universidad Nacional San Agustín en Arequipa, los cuales según su veredicto cambiaron algunos términos, nexos, sinónimos que van acorde a la población a evaluar. Las modificaciones se verán en el anexo 2

La escala de Homofobia Moderna (adaptación española de Rodríguez Castro, Lameira, Carrera y Vallejo, 2013), en cuanto a validez externa (con correlación significativa entre homofobia, transfobia y sexismo) donde las actitudes prejuiciosas hacia gays y lesbianas correlacionan estrechamente con las dos sub escala de Transfobia (Transfobia y Ataque contra el género) del mismo modo las sub escalas del sexismo Ambivalente (Sexismo Hostil y Benevolente). Por otro lado, para hallar la validez de constructo se utilizó el método de análisis factorial;

tanto exploratorio como confirmatorio. Por ende, se considera a la MHS una escala con adecuada validez de constructo. También, se ha observado una dimensionalidad independiente para gays y lesbianas. Agregando a lo anterior, los ítems que no impregnán correctamente en su forma original (lesbiana o gays) en el exploratorio 24 (ítems MHS-G 14, MHS-L 8, MHS-L 10, MHS-L 11 y MHS-L 24) se asemejan adecuadamente a la dimensión correspondiente de su forma original, de otro modo, los pesos estandarizados del AFC, como las propiedades psicométricas de los ítems que veremos (si el ítem de MHS-G 14 es eliminado el de la sub escala incrementaría en .01, se tomaría como un incremento despreciable, pues la fiabilidad de la escala es igualmente alta). Los resultados arrojan una estructura factorial congruente, con índices de ajustes adecuados. Las evaluaciones psicométricas de los ítems afirman la capacidad de la MHS. La media real de cada ítem se aproxima a la media teórica de la escala de respuestas; incluyendo su desviación típica se aboca a la correlación ítem-total corregida de todos los ítems siendo superior a 30.

### **Confiabilidad**

La escala muestra adecuada fiabilidad con alfa de Crombach superiores a 80. Y, en la forma para MHS-L, si se elimina algún ítem, no mejoraría el alfa de Crombach de la sub escala correspondiente. De otro modo en la forma para MHS-Gays, si los ítems (5,13 y 14) son eliminados, mejorarían la fiabilidad de la escala, resaltando al número 13. En la escala original, para la validez se ejecutaron correlaciones ítemtotal corregido por cada factor, de igual modo para la distribución ideal de correlaciones de ítem-total, cada ítem posee casi la misma correlación con el total que todos otros ítems y se aceptó correlaciones a partir de 0.30. Además, los ítems con una correlación menor a 0.30 de ítem-total no fueron incluidos en la escala.

Basado en estos criterios, por ello, tres ítems de la MHS-L y cuatro ítems de la MHS-G fueron suprimidos. Hubo varios factores Inter correlacionados. Correlaciones entre la sub escala de MHS-L tiene un rango de 60 a 74; entre los factores de MHS-G las correlaciones tienen un rango de 71 a 82 y las Inter correlaciones de la subescala de MHS-L con la sub escala de MHS-G tienen un rango de 57 a 90. Para incluir en la escala final, el coeficiente de alfa fue calculado para cada factor con un mayor a 0.80. Aplicando este procedimiento se concluyó tres factores por cada sub escala, MHS-L (24 total de artículos) y el MHS-G (22 total de artículos). Para la MHS-L ( $\alpha = .95$ ) el factor 1 incluye artículos relacionados con la Homofobia institucional hacia lesbianas ( $\alpha = ,89$ ), el factor 2 es el Malestar Personal asociado con lesbianas ( $\alpha = .92$ ), y el factor 3 es Desviación - Cambiabilidad ( $\alpha = .90$ ); estos tres factores considerados para el 47.3% de la varianza es de MHS-L. Para la MHS-G ( $\alpha = ,95$ ), el factor 1 es interpretado como el Malestar Personal hacia los gays ( $\alpha = ,91$ ), el factor 2 Desviación - Cambiabilidad ( $\alpha = ,85$ ), y el factor 3 es vinculado con la Homofobia institucional hacia los gays ( $\alpha = ,90$ ); estos tres factores considerados para el 44.9% de la varianza de MHS-G. Es así que la fiabilidad (siempre superior a .80) y la validez externa (con una correlación significativa entre la homofobia con la transfobia y el sexism). Finalmente, observaron que los chicos expresan significativamente más actitudes de homofobia que sus compañeras. Consideraron, por lo tanto, que esta escala es un instrumento útil y preciso para detectar las actitudes homofóbicas sutiles hacia gays y lesbianas.

#### **4. Procedimiento**

Al no existir validación nacional de los instrumentos utilizados, se sometieron a evaluación de tres jueces para la revisión de los instrumentos, luego se procedió a la

selección de la muestra, la misma que es no probabilística o dirigida, que se realizó en el mes de mayo y junio, para esto seleccionamos una I.E.N. Sin considerar su jornada académica, pero que sean adolescentes y que cursen el 4to y 5to grado de educación secundaria.

Para la aplicación se les dio a conocer a los estudiantes que se contaba con la autorización de la dirección, y el motivo de evaluación, así como lo que era objeto de estudio. En primer lugar, se aplicó el cuestionario de Empatía y luego el cuestionario actitudes homofóbicas, ambas pruebas se aplicaron en una sesión de 15 a 20 minutos por aula, teniendo una duración aproximada de 40 minutos.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación, a fin de ordenar los datos de las variables en relación a los objetivos y las hipótesis, los resultados obtenidos de ambas pruebas fueron codificadas en una matriz de la cual se procedió a analizarlos estadísticamente, mediante el paquete estadístico EPI INFO 6.0. **Se realizó el siguiente procedimiento.**

- a) Un análisis descriptivo de la muestra correspondiente a su clasificación por edades y sexo.
- b) Un análisis descriptivo de los resultados correspondientes a las variables de estudio empatía y actitud homofóbica mediante las pruebas estadísticas para datos no paramétricos Wilcoxon comparándolas por separado las variables.
- c) Finalmente, para corroborar la relación existente entre las dos variables de estudio, se utilizó la prueba estadística Tau de Kendall.

**Tabla N°. 1: Características generales de la muestra.**

Características generales	N°	%
<b>Grado</b>		
Cuarto Año	174	51.3
Quinto Año	165	48.7
<b>Sexo</b>		
Masculino	169	49.9
Femenino	170	50.1
<b>Edad</b>		
14 a 15 años	155	45.7
16 a 18 años	184	54.3
Total	339	100.0

La tabla 1 nos muestra que, del total de 339 estudiantes evaluados, 51.3% cursan el 4to de secundaria y el 48.7% cursan el 5to de secundaria. Así mismo 169 equivalente a un 49.9% son varones y 170 equivalente a un 50.1 % son mujeres. Y con respecto a la edad de los estudiantes, la mayor cantidad de los evaluados son 184 que están entre los 16 a 18 años de edad con un 54.3 %, mientras los que tienen 14 y 15 son 155 que equivale al 45.7 %.

**Tabla N°. 2: Niveles de empatía en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de los distritos de Sabandía y Socabaya, Arequipa.**

Niveles	N°	%
<b>De empatía</b>		
Baja	31	9.1
Media	233	68.7
Alta	75	22.1
Total	339	100.0

La tabla nos muestra que del total de alumnos del 4to y 5to de secundaria en su mayor porcentaje 68.7 tiene un nivel medio de empatía que corresponde a 233 alumnos lo que indica que la mayoría de los estudiantes tienen la capacidad media para comprender los sentimientos de sus compañeros.

**Tabla N°. 3: Niveles de empatía según la edad en estudiantes de 4to y 5to secundaria.**

Niveles de Empatía	Edad			
	14 a 15 años		16 a 18 años	
	N°	%	N°	%
Baja	9	5.8	22	12.0
Media	105	67.7	128	69.6
Alta	41	26.5	34	18.5
Total	155	100.0	184	100.0

P = 0.043 (P < 0.05) S.S.

En la tabla se observa que los estudiantes de 4to y 5to coinciden su mayor porcentaje en el nivel medio, sin embargo hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles altos de empatía según la edad (P = 0.043 (P < 0.05) S.S.); así mismo los alumnos de 14 y 15 años tienen en mayor porcentaje un nivel alto en comparación a los de 16 a 18 años, lo que significa que poseen mejor habilidad para comprender una situación, la emoción y los sentimientos de otras personas.

**Tabla N°. 4: Niveles de empatía según el sexo en estudiantes de 4to y 5to de secundaria.**

Niveles de Empatía	Sexo			
	Masculino	Femenino	Nº	%
Baja	21	12.4	10	5.9
Media	114	67.5	119	70.0
Alta	34	20.1	41	24.1
Total	169	100.0	170	100.0

P = 0.097 (P ≥ 0.05) N.S.

En la tabla Nro. 4 no se encontró una diferencia significativa según el sexo, en cuanto a los niveles de empatía, así mismo se observa que se obtuvo un mayor porcentaje en el nivel medio de empatía tanto en varones como en mujeres, sin embargo, en el nivel alto las mujeres sobresalen sobre los varones lo que indica que ellas muestran mayor empatía que los de sexo masculino, capacidad para comprender los sentimientos de otras personas o compartir las emociones percibidas.

**Tabla N°. 5: Niveles de actitudes homofóbicas en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria.**

<b>Actitudes Homofóbicas</b>			
Baja	20	5.9	
Media	305	90.0	
Alta	14	4.1	
Total	339	100.0	

Del total de los estudiantes evaluados del 4to y 5to de secundaria, se observa que la mayor frecuencia (90.0 %) tienen un nivel medio de actitudes homofóbicas, esto indica que los y las estudiantes adoptan posiciones neutras y que constituyen el grupo de las personas tolerantes tanto hacia los gays como hacia las lesbianas.

**Tabla N° 6: Actitudes homofóbicas hacia gays y lesbianas en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria.**

Actitud	N°	%
<b>Actitud homofóbica hacia Gays</b>		
Baja	25	7.4
Media	295	87.0
Alta	19	5.6
<b>Actitud homofóbica hacia Lesbianas</b>		
Baja	27	8.0
Media	292	86.1
Alta	20	5.9

En la tabla se muestra que predomina un nivel medio de actitud homofóbica frente a la homosexualidad gay y lesbiana con un 87.0 % y 86.1% respectivamente, lo que indica que la mayoría de los estudiantes del 4to y 5to grado de secundaria adoptan posiciones neutras, además toleran a las personas de opción sexual gays y lesbiana.

**Tabla N°. 7: Actitudes hacia la homosexualidad según la edad en estudiantes de 4to y 5to de secundaria.**

<b>Actitud Homofóbica hacia:</b>	Edad			
	14 a 15 años		16 a 18 años	
	Nº	%	Nº	%
<b>Gays</b>				
Baja	9	5.8	16	8.7
Media	138	89.0	157	85.3
Alta	8	5.2	11	6.0
P	0.553 ( $P \geq 0.05$ ) N.S.			
<b>Lesbianas</b>				
Baja	8	5.2	19	10.3
Media	139	89.7	153	83.2
Alta	8	5.2	12	6.5
P	0.174 ( $P \geq 0.05$ ) N.S.			
<b>Actitud homofóbica en general</b>				
Baja	7	4.5	13	7.1
Media	141	91.0	164	89.1
Alta	7	4.5	7	3.8
P	0.588 ( $P \geq 0.05$ ) N.S.			
Total	155	100.0	184	100.0

En cuanto a la actitud homofóbica hacia gays, no se encontró diferencias significativas según la edad, ya que en ambos grupos de estudiantes con edades de 14 y 15 años y de 16 a 18 años tiene un mayor porcentaje en el nivel medio de actitud homofóbica hacia gays, lo que indica que existe un nivel de prejuicio, aborrecimiento, discriminación promedio y una aceptación de manera sutil hacia gays.

En lo que se refiere a la actitud homofóbica hacia lesbianas, en ambos grupos etarios se muestra un mayor porcentaje en el nivel medio, lo que indicaría que existe un nivel de prejuicio medio frente al lesbianismo, sin embargo los alumnos de 16 y 18 años tienen una frecuencia mayor en el nivel bajo de actitud homofóbica con un 10,3% frente a los de 14 y 15 años con un 5,2% lo que quiere decir que los estudiantes de 16 y 18 años tienen una mayor aceptación, menos prejuicios y actitudes más positivas en el trato y opinión frente a las lesbianas.

Las actitud homofóbica hacia gays y lesbianas en general tienen un nivel medio en ambos grupos etarios con un 91.0% y 89.1 % respectivamente, no habiendo diferencias significativas, lo que indica que hay una aceptación media, así mismo los estudiantes de 15 y 16 años tienen una frecuencia mayor en el nivel bajo de actitud homofóbica en comparación con los de 14 y 15 años, lo que indica que los estudiantes de 16 y 18 años tienen una mayor aceptación, menos prejuicios y actitudes más positivas en el trato y opinión frente a la homosexualidad gay y lesbiana.

**Tabla N°. 8: Actitudes homofóbicas según el sexo en estudiantes de 4to y 5to de secundaria.**

Actitud homofóbica hacia:	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
<b>Gays</b>				
Baja	17	10.1	8	4.7
Media	143	84.6	152	89.4
Alta	9	5.3	10	5.9
P	0.168 ( $P \geq 0.05$ ) N.S.			
<b>Lesbianas</b>				
Baja	17	10.1	10	5.9
Media	146	86.4	146	85.9
Alta	6	3.6	14	8.2
P	0.082 ( $P \geq 0.05$ ) N.S.			
<b>Actitud homofóbica en general</b>				
Baja	17	10.1	3	1.8
Media	145	85.8	160	94.1
Alta	7	4.1	7	4.1
P	0.007 ( $P < 0.05$ ) S.S.			
Total	169	100.0	170	100.0

En la tabla se muestra que existe una actitud homofóbica media frente a las lesbianas tanto en varones como en mujeres no habiendo diferencia significativa estadísticamente. Esto quiere decir que tanto varones como mujeres pueden tolerar, aborrecer, discriminar con una aceptación de manera sutil hacia lesbianas.

En cuanto a la actitud homofóbica hacia lesbianas ambos sexos tienen una tolerancia media, no habiendo diferencia estadísticamente significativa, esto explica que ambos sexos aceptan y toleran de manera sutil a los gays.

En la tercera parte de la tabla se muestra un resultado general de las actitudes homofóbicas en cuanto al sexo, es así que se muestra un mayor porcentaje en el nivel medio en ambos sexos, sin embargo, las mujeres superan a los varones con un 94.1% frente a un 85.8 % encontrando diferencias significativas, lo que indica que las mujeres tienden a tolerar, aceptar y discriminar menos a los gays y lesbianas.

**Tabla N°. 9: Correlación entre la empatía y las actitudes homofóbicas hacia gays en estudiantes de 4to y 5to de secundaria.**

Gays	Sub escala		Empatía		Homofobia		Total	
	Baja Empatía		Empatía		Tendencia	Alta Empatía		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baja	2	8	14	56	9	36	25	100
Media	27	9.2	205	69.5	63	21.4	295	100
Alta	2	10.5	14	73.7	3	15.8	19	100
Total	31	9.1	233	68.7	75	22.1	339	100

P = 0.028 (P < 0.05) S.S.

En la tabla 9 se encuentra una relación significativa inversa entre la empatía y las actitudes homofóbicas hacia gays según la prueba (P = 0.028 (P < 0.05) S.S.) donde los estudiantes con niveles bajos en actitudes homofóbicas tienen en mayor frecuencia un nivel medio de empatía, pero con tendencia al alto. Es así que los alumnos que tienen mayor capacidad de comprender los sentimientos de otras personas tendrán menor rechazo y prejuicios hacia las personas gays.

**Tabla N°. 10: Correlación entre la empatía y las actitudes homofóbicas hacia lesbianas en estudiantes de 4to y 5to de secundaria.**

Sub escala Homofobia Lesbianas	Empatía						Total	
	Baja Empatía		Empatía Media		Alta Empatía		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Baja	5	18.5	13	48.1	9	33.3	27	100.0
Media	26	8.9	208	71.2	58	19.9	292	100.0
Alta	0	0.0	12	60.0	8	40.0	20	100.0
Total	31	9.1	233	68.7	75	22.1	339	100.0

$$P = 0.173 \ (P \geq 0.05) \text{ N.S.}$$

No se encuentra una relación estadísticamente significativa según la prueba ( $P = 0.173$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.) lo que explica que la empatía siempre tendrá un nivel medio sin importar cuál sea el grado de la actitud homofóbica hacia lesbianas.

**Tabla N°. 11: Correlación entre la empatía y las actitudes homofóbicas en estudiantes de 4to y 5to de secundaria.**

Actitud homofóbica	Empatía				Total			
	Baja Empatía	Empatía Media	Alta Empatía		Nº	%	Nº	%
Baja	2	10.0	11	55.0	7	35.0	20	100.0
Media	29	9.5	212	69.5	64	21.0	305	100.0
Alta	0	0.0	10	71.4	4	28.6	14	100.0
Total	31	9.1	233	68.7	75	22.1	339	100.0

P = 0.089 (P ≥ 0.05) N.S.

No se encuentra una relación estadísticamente significativa inversa entre la empatía y las actitudes homofóbicas en general (P = 0.089 (P ≥ 0.05) N.S.) esto indica que la empatía siempre tendrá un nivel medio sin importar cuál sea el grado de la actitud homofóbica así mismo se explica que la empatía no influye en los prejuicios o actitudes de rechazo hacia las personas homosexuales.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

En el presente capítulo se expone la discusión de los resultados mediante la evaluación e interpretación respecto a la hipótesis, los objetivos y las conclusiones; estableciendo las semejanzas, diferencias y comparaciones con otros trabajos similares.

En cuanto a la empatía, un mayor porcentaje de los estudiantes evaluados que son los de 4to y 5to de secundaria presentan niveles medios de empatía, seguida de una gran parte de estudiantes con altos niveles de empatía, es así que el componente cognitivo de la empatía parece ser una cualidad que se desarrolla sólo después de la infancia, este tipo de cognición incluye la habilidad de considerar el punto de vista de otra persona, “ser capaz de ponerse en el lugar del otro”. Esto se confirma con la investigación de Samper, Díez y Martí (1998), Razonamiento Moral y Empatía, sus resultados muestran lo esperado: que a medida que el sujeto crece abandona los sentimientos más egoístas e inmaduros para dar paso a una empatía modulada por procesos cognitivos y por un afecto empático más altruista.

Con respecto la empatía según la edad los resultados manifiestan que los alumnos de 14 y 15 años tienen a una empatía mayor que los de 16 y 18 años, estos resultados están en contraposición a Garaigordobil y Maganto (2011) los cuales, en los resultados del estudio

mostraron que durante la adolescencia (12-15 años) se confirma un aumento de la empatía con la edad, pero únicamente en las chicas. Estos resultados son consistentes con el punto de vista de Hoffman (1991), de que la empatía con otros/as, como proceso motivacional que motiva a ayudar en el problema del otro/a, se desarrolla de una manera similar a los estadios de desarrollo cognitivo social del individuo. Asimismo, un aumento de la capacidad para ponerse en el lugar del otro/a gradualmente transforma el malestar personal en una reacción de simpatía y compasión más orientada hacia el otro/a, además con la edad aumentan progresivamente las puntuaciones en toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática en adolescentes y jóvenes (13-23 años). Sin embargo nuestros resultados muestran lo contrario, lo que indicaría que la empatía disminuye mientras pasan los años, esto podría explicarse en el estudio llevado a cabo por el Instituto de Cerebro y la Creatividad de la Universidad del Sur de California (USC), Proceedings of the National Academy of Science (Manuel Castells, 2009), los resultados demostraron el coste emocional que podría acarrear una sobre exposición al rápido intercambio de mensajes y noticias obtenidos a través de las herramientas TIC, paradójicamente, las posibilidades que ofrece Internet para relacionarnos con otras personas puede afectar nuestra empatía. Un mal uso de las redes sociales, como Facebook o WhatsApp u otros medios digitales, como la televisión o los videojuegos, pueden desarrollar en el individuo cierta indiferencia ante el sufrimiento humano, de esta forma los autores concluyen que las rápidas herramientas ofrecidas por los medios digitales “pueden alejar de su propia humanidad a los usuarios demasiado activos” como serían los más jóvenes, principales usuarios y si esto empieza a menos edad ya con el pasar de los años su empatía podría ser menor.

La diferencia de empatía según el sexo en los estudiantes de 4to y 5to de secundaria según nuestros resultados no se halló diferencias significativas sin embargo las mujeres tienden a una mayor empatía, estos resultados corroboran lo hallado por Plata, Riveros y Moreno

(2010), quienes encontraron que la empatía se encuentra en un nivel medio en un grupo de adolescentes de ambos sexos, mujeres y hombres y cuyas edades van de 12 a 17 años, así mismo Garaigordobil y Maganto (2011), en sus resultados del estudio mostraron que las chicas, en comparación con los chicos, tienen puntuaciones significativamente superiores en empatía en todas las edades, lo que apunta en la dirección de otros estudios que también han encontrado mayor disposición empática en las mujeres. Retuerto (2004) indica que las mujeres puntúan significativamente más que los varones en fantasía, preocupación empática y malestar personal, así pues, varones y mujeres adolescentes y jóvenes tienen una capacidad cognitiva similar para comprender la situación del otro/a y ponerse en su lugar, pero las mujeres están más predispostas a una respuesta afectiva ante dicha situación. Aunque ambos géneros comprenden por igual la situación, la mujer reacciona más afectivamente.

Por otro lado, en cuanto a las Actitudes Homofóbicas los adolescentes entre las edades de 14 y 18 años, muestran niveles medios de actitudes homofóbicas tanto hacia gays, como hacia lesbianas, no habiendo diferencia estadísticamente significativa, resaltando que en los adolescentes de edades de 14 y 15 años, muestran ligeramente mayor lesbofobia. De acuerdo con estos resultados, la actitud hacia un individuo homosexual está relacionada, en últimas con la capacidad de aceptación por parte de los sujetos heterosexuales. Así pues, Ardila (2007), plantea que la homosexualidad se ha considerado como una conducta normal y aceptable que se considera como una opción de vida válida, que no debe intentar cambiarse y tampoco tratarse como una enfermedad mental.

Las actitudes homofóbicas de los estudiantes entre las edades de 14 a 18 años de edad, no se encontraron diferencias significativas, y por lo tanto la edad no es un patrón en cuanto a las actitudes homofóbicas, esto no es diferente a estudios realizados por Valdivia (1996) quien encontró que no hay diferencias significativas en las actitudes homofóbicas entre

varones y damas en un grupo de adolescentes (de 17 a 22 años) pertenecientes a dos grupos religiosos, que manifiestan actitudes moderadamente homofóbicas. Esto en contraposición a Caycho (2010), quien ha encontrado que en adolescentes y jóvenes limeños entre 17 y 24 años presenta actitudes menos favorables hacia personas gays y lesbianas. No siendo así en el trabajo realizado por Rodríguez (2013-2014), respecto a la edad de los encuestados se observa que los mayores niveles de homofobia están asociados a profesionales de edades superiores a nivel malestar personal, edades medias a nivel desviación/cambiabilidad y a más jóvenes en la homofobia institucional (especialmente respecto a las lesbianas) hay que tomar también en cuenta que su muestra está conformada por profesionales entre 26 y 55 años de edad.

En cuanto a las actitudes homofóbicas en general, los estudiantes de ambos sexos, la mayoría obtuvieron niveles medios, esto indica que adoptan posiciones neutras y que constituyen el grupo de las personas tolerantes hacia la población homosexual.

La mayoría de adolescentes de ambos sexos, muestran niveles medios de homofobia hacia gays, lo mismo sucede hacia las lesbianas, no habiendo diferencias estadísticamente significativas de parte de los adolescentes de ambos sexos, estos resultados fueron diferentes a los obteniendo por Rodríguez (2017); Villa & Tabares (2009); Rodríguez, Lameiras, Carrera y Vallejo, (2013), los cuales indican que las estudiantes de sexo femenino, toleran mejor a las lesbianas que a los homosexuales masculinos. Los adolescentes de sexo masculino toleran más a las lesbianas que a los homosexuales masculinos, Caycho (2010), nos muestran que las mujeres, muestran actitudes más favorables hacia la homosexualidad masculina y femenina que los varones, las diferencias de género encontradas pueden ser explicitadas por algunas características personales asociadas más típicamente con el sexo femenino como: Mayor capacidad de comprensión y empatía, por lo cual las estudiantes mujeres serían más tolerantes que los estudiantes

varones hacia las distintas características de otras personas, incluida su orientación sexual (Barra,2002).

Así mismo encontramos una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la actitud homofóbica porque hay mayor cantidad de estudiantes de sexo femenino que tienen menor actitud homofóbica en comparación con los varones. Esto mismo lo manifiesta el estudio de Varo, Romera y García (2015), Rodríguez, Lameiras, Carrera y Vallejo (2013) y en el de Raja y Stokes (1998) y las diferencias entre los adolescentes del sexo masculino y femenino en cuanto a la tolerancia hacia la homosexualidad del propio sexo son mucho mayores en las mujeres que en los hombres, posiblemente por las diferentes presiones que se ubican en la construcción de las características de género. La construcción del género masculino se apoya de manera importante en el alejamiento de los rasgos femeninos que se asocian a la homosexualidad y a las relaciones íntimas afectivas entre hombres, lo que no sucede con la misma fuerza en la construcción del género femenino, esto llama la atención pues nuestro país ha dado claras muestras de actitudes homofóbicas al oponerse a otorgarles algunos derechos a esta población, y al negarse a una educación basada en el respeto y el conocimiento de este grupo minoritario, todo esto pone de manifiesto real de la homofobia sutil o moderna.

Finalmente en cuanto a la relación entre la empatía y la actitud homofóbica, no se encontró una relación estadísticamente significativa inversa entre la empatía y las actitudes homofóbicas en general ( $P = 0.089$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.), sin embargo los estudiantes que tienen una empatía alta tienen en mayor porcentaje una baja actitud homofóbica, esto explicaría que la mayor cantidad de alumnos evaluados poseen una empatía de nivel medio al alto, la capacidad de comprender, de ponerse en el lugar de otros influiría en la aceptación de los homosexuales aunque hay otro grupo mayor que aun con la empatía media sus prejuicios hacia la diversidad sexual es notoria.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : No se encuentra una relación estadísticamente significativa inversa entre la empatía y las actitudes homofóbicas en general es así que la empatía siempre tendrá un nivel medio sin importar cuál sea el grado de la actitud homofóbica.
- SEGUNDA** : Se encuentra una relación significativa inversa entre la empatía y las actitudes homofóbicas hacia gays, donde los estudiantes con niveles bajos en actitudes homofóbicas tienen en mayor frecuencia un nivel medio de empatía, pero con tendencia al alto.
- TERCERA** : No se encuentra una relación significativa inversa entre la empatía y las actitudes homofóbicas hacia lesbianas.
- CUARTO** : La mayoría de los estudiantes de 4to y 5to de secundaria presentan niveles medios de empatía.
- QUINTO** : Los estudiantes de 14 y 15 años coinciden sus resultados en el nivel medio con los de 16 y 18 años, pero existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles altos de empatía de los estudiantes de 14 y 15 años.
- SEXTO** : La empatía en los estudiantes tanto de sexo masculino como femenino se encuentran en un nivel medio, no habiendo diferencia significativa.
- SÉTTIMA** : Del total de los estudiantes evaluados del 4to y 5to de secundaria se observa que la mayor frecuencia con un 90.0 % tienen un nivel medio de empatía.

- OCTAVA** : Los adolescentes entre las edades de 14 y 18 años, muestran niveles medios de actitudes homofóbicas tanto hacia gays, como hacia lesbianas, no habiendo diferencia estadísticamente significativa, resaltando que en los adolescentes de edades de 14 y 15 años, muestran ligeramente mayor lesbofobia.
- NOVENA** : La mayoría de adolescentes de ambos sexos, muestran niveles medios de homofobia hacia gays, lo mismo sucede hacia las lesbianas, no habiendo diferencias estadísticamente significativas de parte de los adolescentes de ambos sexos.
- DECIMA** : Encontramos una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la actitud homofóbica porque hay mayor cantidad de estudiantes de sexo femenino que tienen menor actitud homofóbica en comparación con los varones.

## **RECOMENDACIONES**

Una vez analizada la situación de la homofobia en los adolescentes, nos parece importante sugerir algunas recomendaciones:

- Se sugiere realizar otros estudios con una muestra más grande y de tipo longitudinal. Por otro lado, la empatía y las actitudes homofóbicas, variables que deben ser evaluadas con otros instrumentos de evaluación, de tal modo que permitan ratificar los datos obtenidos, así como generalizar los resultados y predecir, el cambio de estas.
- Se recomienda usar una herramienta muy importante, como es la “empatía” para luchar contra la homofobia, tanto en la adolescencia como en toda etapa de nuestra vida, ya que se trata de ubicarse en lugar del otro, por tal motivo es necesario dejar nuestros prejuicios atrás, escuchar activamente, ser sensible con el otro. Y esto ayudaría, a romper creencias culturales o personales que fomentan la homofobia y, disminuyéndolas completamente.
- Se sugiere ampliar en la currícula educativa, en especial en el nivel secundario, los términos y definiciones de los diferentes temas que involucran a los miembros del grupo LGTBI, tratando de resaltar la empatía y actitudes como factores importantes para una adecuada convivencia, en las cuales es necesario tener conocimientos básicos de temas como la sexualidad homosexual y de estereotipos de género, para ir desplazando las ideas homofóbicas dentro de nuestra población estudiantil, de nuestros distritos y en general de nuestra ciudad.
- De igual manera se sugiere dotar a los centros educativos con materiales referentes a la homosexualidad, como (libros, revistas, videos, cd, etc.) que sean útil y factibles para ser trabajados por los profesionales encargados a la educación sexual,

como psicólogos, profesores, tutores, etc. en beneficio de la población estudiantil en formación de su identidad, sin olvidar que en los diversos centros educativos, podríamos encontrar alumnos que profesen diversas religiones, o diferentes maneras de crianza, por tal motivo debemos ser respetuosos de la diversidad de familias que forman nuestra comunidad.

- Formar a la población para instruir y dotar de conocimientos y habilidades necesarias para trabajar con una realidad diversa en lo que a la sexualidad y a las formas de familia se refiere. La diversidad sexual y familiar debería estar incluida como materia imprescindible en la comunidad.
- Facilitar la formación en temas relacionados con la orientación sexual y la identidad de género, aparte de profesionales, psicólogos, voluntarios de la sanidad, el asociacionismo juvenil, el trabajo social, etc. Recordar que todos los jóvenes y adolescentes necesitan modelos positivos de homosexuales con el fin de reconocerse positivamente a los gays o lesbianas, con el fin de aceptarlos como vecinos, colegas, profesores, amigos, padres, etc.
- Contar con la colaboración con asociaciones LGTBI para que sus voluntarios puedan acudir como complemento a las actividades sociales y servir de referentes positivos; así como dar a conocer los recursos que estas asociaciones disponen para ser utilizados para bien de nuestra sociedad.
- Se recomienda eliminar paulatinamente todo tipo de comentarios, insultos o bromas de contenido homofóbico en espacios privados como de los espacios públicos. Procurando no emplear un lenguaje no sexista. La dominación de un sexo por el otro comienza también en las prácticas lingüísticas que vinculan normas y comportamientos discriminatorios. Estar atentos al uso que hacemos de la lengua es también una forma de hacer evolucionar implícitamente las mentalidades.

## BIBLIOGRAFIA

- Acuña, A. & Oyuela, R, (2006). Diferencias en los prejuicios frente a la homosexualidad masculina en tres rangos de edad en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales. *Psicología desde el Caribe*, 18, 58-88.
- Álvarez-Gayou J. (2011). *Sexoterapia Integra*, 2da edición, México: Editorial El Manual Moderno.
- Ardila R. (2008). *Homosexualidad y Psicología*, 2<sup>a</sup> edición, Colombia: Editorial El Manual Moderno.
- Barón R. A. & Byrne D. (2005). Actitudes: evaluar el mundo social. 10<sup>a</sup> Edición, *Psicología Social* (P: 121-127) Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Barón R. A. & Byrne D. (2005). Conducta pro social: ayudar a otros. 10<sup>a</sup> Edición, *Psicología Social* (P: 398-444). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Barra-Almagiá, E. (2002). Influencia del sexo y de la tipificación del rol sexual sobre las actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 275-284.
- Bernuy Castromonte, Breiding Junior, & Noé Grijalva, Hugo Martín. (2017). Sexismo y homofobia en los adolescentes de una institución educativa pública. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 245-275. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.162>
- Caballo E. V. & Simón M. A. (2001, 2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*, dos volúmenes, *Ediciones pirámide*.
- Caballo E. V. (2007) *Manual De Evaluación Y Entrenamiento En Habilidades Sociales*. Siglo XXI de España Editores S.A. Madrid.
- Careaga G. & Cruz S. Coordinadores (2004). *Sexualidades Diversas Aproximaciones para su análisis*, Primera edición en la Colección Las Ciencias Sociales. Estudios de Género, México Ed. Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.

Castro R. (20 de mayo de 2014). Lo que hay que curar es la Homofobia. *El Comercio*.

<https://elcomercio.pe/lima/hay-curar-homofobia-raul-castro-321504-noticia/>

Caycho R. T. (2010). *Actitudes Hacia La Homosexualidad Masculina y Femenina En Adolescentes y Jóvenes Limeños*, revista de psicología

Chávez & Escobedo (2011). *Empatía Y Satisfacción Laboral En Profesionales De Enfermería De Organizaciones De Salud De Arequipa.*

COGAM (2001). *Investigación sobre las Actitudes hacia la Homosexualidad en la Población Adolescente Escolarizada de la Comunidad de Madrid.*

De la Espriella Guerrero, Ricardo (2007). Homofobia y psiquiatría. <i  
xmlns="http://www.w3.org/1999/xhtml">Revista Colombiana de Psiquiatría,  
XXXVI</i> (4), undefined-undefined. [Fecha de Consulta 26 de septiembre de  
2019]. ISSN: 0034-7450. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80636411></a>

El observador (21 de setiembre de 2018). "La verdadera enfermedad que hay que curar es la homofobia"

FELGTB y COGAM. (2013). *Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España.* Recuperado de:  
<http://www.felgb.org/rs/2447/d112d6ad-54ec-438b9358-4483f9e98868/bd2/filename/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacionsexual-yo-identidad-de-genero-en-espana.pdf>

Fernández-Pinto, I. & López-Pérez B. & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), undefined-undefined. [Fecha

de Consulta 26 de septiembre de 2019]. ISSN: 0212-9728. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16711589012>

Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2011). Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), undefinedundefined. [Fecha de Consulta 26 de septiembre de 2019]. ISSN: 0120-0534.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80521287004>

Gómez-Zapiain, J. (2013-2014). *Psicología de la sexualidad*. Madrid, Alianza editorial.

Hernández S., Fernández C. y Baptista L. P. (2003), *Metodología de la investigación*. 5<sup>a</sup> Edición, México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Herrero, M. T. (1997). Teorías Neurobiológicas Sobre El Origen De La Homosexualidad, Departamento de Ciencias Morfológicas y Psicobiología Facultad de Medicina, Univ. de Murcia, *Cuadernos de Bioética* 1997/4"  
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/teorias%20neuropsicologicas-herrero.pdf>

Kimble C. & colaboradores (2002). *Psicología social de las Américas*. México, D.F.: Pearson Educación.

León, R. (2003). Un estudio de adaptación de la escala Moderna de Homofobia (The Modern Homophobia Scale) de Sheela Raja y Joseph P. Stokes en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 2, 3-18.

León, R., Kashimoto, A. & Flores, E. (2001). *Entre estigma y la Igualdad. Actitudes Homofóbicas en Universidades de Lima y Arica*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

León, Zambrano, & Flores. (2005). Un estudio de adaptación de la escala moderna de homofobia (The Modern Homophobia Scale) de Sheela Raja y 42 Joseph P. Stokes

en un grupo de universitarios de Arica. Paulo Freire. *Revista de pedagogía crítica* 4 (3), 133-153.

Ministerio De Educación (2008). *Tutoría Y Orientación Educativa*, sesiones de educación sexual integral para el nivel de educación secundaria, Perú.

Morales, Moya, Gaviria & Cuadrado (2007). *Psicología Social, 3ra edición. Editorial Mcgraw-Hill/ Interamericana De España, (Madrid)*

Muñoz, A. (2002). *Homofobia, Heterosexismo y prejuicio social*. Cepvi.

<<http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/homofobia-heterosexismoy-prejuicio-sexual>>

Pérez y coordinadores (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces tomo I, II y III, Ediciones pirámide, Madrid.

Pinto V. (1996). *Conocimientos y actitudes hacia la homosexualidad (UNSA)*

Plata Ordoñez, Carolina Natalia, & Riveros Otaya, María del Carmen, & Moreno Méndez, Jaime Humberto (2010). Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas del bullying en un colegio del municipio de Chía. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2). ISSN: 1900-2386. Disponible

en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297224090007>

Raja, S.H. y Stokes, J.P. (1998). *Assessing Attitudes toward lesbians and Gay men: The modern Homophobia Scale*. Journal of Gay, Lesbian and Bisexual Identity, 3, 113134.

Retuerto P. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables, género y edad.

*Apuntes de Psicología* 2004, Vol. 22, número 3, págs. 323-339.

Rey C. (2003). La Medición De La Empatía En Preadolescentes, Y Adolescentes Varones: Adaptación, Y Validación De Una Escala, Universidad Católica de Colombia, *Revista Latinoamericana De Psicología*, Volumen 35 - N° 2 185-194.

Rodríguez O. (2016-2017). Actitudes frente a la diversidad sexual entre los estudiantes de Trabajo Social mexicanos: el contexto regiomontano, *Cuadernos de Trabajo Social*  
ISSN: 0214-0314

Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, V. y Vallejo-Medina, P. (2013). Validación de la Escala de Homofobia Moderna en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 23(2), 523-533.  
[http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n2/psico\\_adolescencia6.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n2/psico_adolescencia6.pdf)

Rosas C. (1995). *Las Actitudes De Los Adolescentes Hacia La Sexualidad Humana Y Las Relaciones Coitales*, UNAS.

Samper, Díez y Martí (1998). Razonamiento Moral y Empatía universidad de valencia, *I jornadas de psicología del pensamiento* (pág. 389-404)

Toro, J. A. y Varas, N. D (2004). Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1697-2600 2004, Vol. 4, Nº 3, pp. 537-551.

Uribe y colaboradores (2005). *Manual De Habilidades Sociales En Adolescentes Escolares*. Dirección general de promoción de la salud- Perú.

Valdivia B. (1998). *Actitudes de los grupos religiosos hacia los homosexuales* (UNSA)  
Valencia, Morales, Moya, Gaviria, & Cuadrado, (2007). Psicología social (3a. ed.). Madrid: Mc Graw-Hill. 918p. (ISBN 978-84-481-5608-4). *Revista de Psicología*, XXV (2), 339-342.

Varo, Romera Y García (2015). Actitudes homófobas de los jóvenes hacia gays y lesbianas, Universidad de Córdoba (España), *Apuntes de Psicología*, Vol. 33, número 2, págs. 67-76.

- Villa O. & Jaimes T. (2009). Relación Entre Género Y Las Actitudes Hacia La Homosexualidad En Estudiantes Universitarios, *Psychologia: avances de la disciplina*. Vol. 3. N.º 2.: 163-183
- Viñuales. (2002). Identidades Lésbicas: Discursos y Prácticas en: Lesfobias (Ed.), *Serie general universitaria*, Vol., 4. Barcelona: Bellaterra.
- Zea F. (2009). *Empatía Y Razonamiento Moral Pro social En Estudiantes Del Primer Año De Las Carreras De Servicio De La UNSA*, Arequipa.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

#### 1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto: Edwin Volodívar Corpiño  
1.2. Cargo E Institución Donde Labora: DOCENTE  
1.3. Tiempo De Experiencia Labora: 18 años  
1.4. Nombre Del Instrumento Motivo De Evaluación: ESCALA de Homofobia Moderna  
1.5. Variable Medida: Actitudes hacia la homosexualidad  
1.6. Autor Del Instrumento: Raya y Stokes 1998

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje apropiado					✓
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables					✓
3.ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de la ciencia y tecnología					✓
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					✓
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				✓	
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognoscitivas				✓	
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos para la tecnología educativa					✓
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones					✓
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico					✓

#### 2. OPINION DE APLICABILIDAD:

Favorable

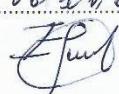
#### 3. PROMEDIO DE VALORACION:

81 - 100%

AREQUIPA, 05 De Octubre 2016

NOMBRE: Edwin Volodívar Corpiño

FIRMA



**VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS**

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto: Luisa Milagres Deneperi Solis  
 1.2. Cargo E Institución Donde Labora: Psicóloga Asistencial EsSalud / Docente  
 1.3. Tiempo De Experiencia Labora: 20 años  
 1.4. Nombre Del Instrumento Motivo De Evaluación: Escala de Homeofálico Moderno  
 1.5. Variable Medida: Homeofálico Mental Femenino  
 1.6. Autor Del Instrumento: Margy y STates 1998

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje apropiado		X			
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				X	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de la ciencia y tecnología			X		
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			X		
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			X		
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognoscitivas					X
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos para la tecnología educativa			X		
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones				X	
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico					X

**2. OPINION DE APLICABILIDAD:**

Favorable

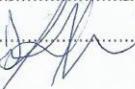
**3. PROMEDIO DE VALORACION:**

95%

AREQUIPA, 15 De Octubre 2016

Luisa Milagres Deneperi Solis

NOMBRE: Luisa Milagres Deneperi Solis

FIRMA 

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto:.....Amparo Mendoza Beltrán.....  
1.2. Cargo E Institución Donde Labora:.....Psicóloga I Docente.....UNSA.....  
1.3. Tiempo De Experiencia Labora:.....22 años.....  
1.4. Nombre Del Instrumento Motivo De Evaluación: Escala de Heterofilia Madama.....  
1.5. Variable Medida:.....Actitud hacia la homossexualidad Masculina y Femenina.....  
1.6. Autor Del Instrumento:.....Raya y Stokes(1992).....

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje apropiado				X	
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				X	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de la ciencia y tecnología				X	
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				X	
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognoscitivas					X
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos para la tecnología educativa				X	
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones					X
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico				X	

**2. OPINION DE APLICABILIDAD:**

Favorable.....

**3. PROMEDIO DE VALORACION:**

95 %

AREQUIPA, 11 De Abril 2017

*Amparo Mendoza P.*  
NOMBRE: AMPARO MENDOZA BELTRAN

FIRMA

Corrección de algunos términos, nexos, para la muestra aplicada.

ITEMS	Corrección por jueces
1. Cuando alguien tiene problemas me preocupa	1.- Cuando alguien tiene problemas me preocupa.
2. Cuando pegan u ofenden a algún compañero, le defiendo	2.- Cuando pegan u ofenden a algún compañero(a), le defiendo.
5. Cuando lo necesitan, animo a mis amigos y compañeros.	5. Cuando lo necesitan, animo a mis amigos(as) y compañeros(as).
7. Hablo muy bien, tengo facilidad de palabra	7. Me comunico de manera adecuada, tengo facilidad de palabra.
8. Me gusta hablar con mis amigos y compañeros	8. Converso con mis amigos(as) y compañeros(as) de sus problemas.
9. Me entiendo bien con mis compañeros	9. Me entiendo bien con mis compañeros(as).
10. Cuando ofendo o molesto, pido disculpas	10. Cuando ofendo o molesto a mis amigos(as) y compañeros(as), pido disculpas.
14. Cuando alguien es rechazado o ignorado, me acerco a él e intento ayudarle	14. Cuando alguien es rechazado (da) o ignorado (da), me acerco a él (ella) e intento ayudarle.

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto: ..... *VALDIVIA CARPIO, EDWIN RICARDO* .....  
 1.2. Cargo E Institución Donde Labora: ..... *DOCENTE UNSA* .....  
 1.3. Tiempo De Experiencia Labora: ..... *20 AÑOS* .....  
 1.4. Nombre Del Instrumento Motivo De Evaluación: *ESCALA DE EMPATIA DE CONDUCTA PROSOCIAL*.  
 1.5. Variable Medida: ..... *EMPATIA* .....  
 1.6. Autor Del Instrumento: ..... *Cesar Rey (2003)* .....

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje apropiado				✓	
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				✓	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de la ciencia y tecnología				/	
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				✓	
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			✓		
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognoscitivas				/	
7.CONISTENCIA	Basado en aspectos teóricos para la tecnología educativa				/	
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones				✓	
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				✓	

**2. OPINION DE APLICABILIDAD:**

..... *ADECUADO PARA LA INVESTIGACIÓN QUE PRETENDEN* .....  
 ..... *DESARROLLAR* .....

**3. PROMEDIO DE VALORACION:**

**61-80%**

AREQUIPA, 09... De... enero.... 2017

*Eduardo Valdivia Carpio*  
NOMBRE: *Eduardo Valdivia Carpio*

FIRMA

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto:.....Amparo Hendosa Beltrán.....  
1.2. Cargo E Institución Donde Labora:.....Docente.....  
1.3. Tiempo De Experiencia Labora:.....2.2 años.....  
1.4. Nombre Del Instrumento Motivo De Evaluación:..Escala de Empatía.....  
1.5. Variable Medida:.....Empatía.....  
1.6. Autor Del Instrumento:.....Cesar Reg. (2003).....

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje apropiado				X	
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				X	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de la ciencia y tecnología				X	
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X	
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				X	
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognoscitivas			X		
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos para la tecnología educativa			X		
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones				X	
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				X	

**2. OPINION DE APLICABILIDAD:**

.....Facilmente.....

**3. PROMEDIO DE VALORACION:**

60 - 80%

AREQUIPA, 11 De Abril 2017

.....Amparo Hendosa Beltrán.....  
NOMBRE:.....A.M.PARO.HENDOSA.BELTRAN'

FIRMA

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto: Pedro Callesca, Lucio  
1.2. Cargo E Institución Donde Labora: Psicólogo / Docente UNSA  
1.3. Tiempo De Experiencia Labora: 30 años UNSA  
1.4. Nombre Del Instrumento Motivo De Evaluación: Escala de Empatía  
1.5. Variable Medida: Empatía  
1.6. Autor Del Instrumento: Cesas, Rey 2003

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje apropiado				/	
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				/	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de la ciencia y tecnología				/	
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				/	
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			/		
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognoscitivas				/	
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos para la tecnología educativa				/	
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones				/	
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico				/	

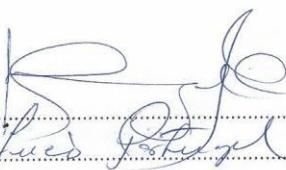
2. OPINION DE APLICABILIDAD:

Adecuado para la Investigación a Desarrollar

3. PROMEDIO DE VALORACION:

61 - 80%

AREQUIPA, 16 De Mayo 2017

  
NOMBRE: Pedro Callesca, Lucio  
FIRMA

## Escala De Empatía De Cesar Rey (1998)

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

Sexo: (M) (F) Grado: ..... I.E.:  
.....

A continuación, encontrarán una serie de frases que se refieren a tu modo de ser o actuar. Léelas con atención y señala la alternativa de respuesta que mejor represente tu forma de ser o actuar, poniendo una 'X' sobre la casilla correspondiente. Las alternativas de respuesta son:

- Nunca,
- Algunas veces,
- Muchas veces y
- Siempre.

No hay respuestas buenas o malas: Todas sirven. Fíjate de no dejar ninguna pregunta sin responder.

ÍTEM	Nunca	Alguna vez	Muchas veces	Siempre
1.- Cuando alguien tiene problemas me preocupa.				
2.- Cuando pegan u ofenden a algún compañero(a), le defiendo.				
3. Cuando alguien se equivoca o hace algo incorrecto le corrijo intentando no ofenderlo.				
4. Ayudo a los que tienen problemas.				
5. Cuando lo necesitan, animo a mis amigos(as) y compañeros(as).				
6. Colaboro para que se trabaje mejor y con más interés.				
7. Me comunico de manera adecuada, tengo facilidad de palabra.				
8. Converso con mis amigos(as) y compañeros(as) de sus problemas.				
9. Me entiendo bien con mis compañeros(as).				
10. Cuando ofendo o molesto a mis amigos(as) y compañeros(as), pido				
11. Tengo paciencia con los errores o equivocaciones de los demás.				
12. Me intereso por lo que pueda sucederles a mis compañeros(as).				
13. Recojo lo que los demás tiran o dejan fuera de su sitio.				
14. Cuando alguien es rechazado (da) o ignorado (da), me acerco a él (ella) e intento ayudarle.. Sé cuándo tengo que hablar y cuando tengo que callar				

## ANEXO 2

### Validación de la Escala Moderna de Homofobia

Corrección de algunos términos, nexos, para la muestra aplicada.

HOMOFOBIA HACIA GAYS (MHS-G)	Modificaciones por jueces
1. No me importaría ir a una fiesta a la que asistan chicos homosexuales	1. No me importaría ir a una fiesta a la que asistan varones homosexuales.
2. No me importaría trabajar con un chico homosexual	2. No me importaría trabajar con un varón homosexual.
5. No estoy dispuesto a tener trato con un chico homosexual por miedo a coger el SIDA	5. No estoy dispuesto a tener trato con un varón homosexual por miedo a contraer el SIDA.
6. No creo que afectase negativamente a nuestra relación si supiera que uno de mis familiares más cercanos es gay.	6. No creo que afectase negativamente a nuestra relación familiar, si supiera que algún pariente cercano es gay.
7. No me incomoda pensar en dos chicos que mantengan una relación afectiva	7. No me incomoda pensar en dos varones que mantengan una relación afectiva de pareja.
8. Si tuviese hijos/as y me enterase de que su profesor es homosexual los quitaría de clase.	8. Si tuviese hijos(as) y me enterase de que su profesor es homosexual los cambiaria de clase.
9. No me importa ver a dos chicos cogidos de la mano.	9. No me importa ver a dos varones tomados de la mano.
13. Los chicos homosexuales podrían ser heterosexuales si realmente quisieran	13. Los varones homosexuales podrían ser heterosexuales si realmente quisieran.
17. No se debe permitir a los chicos homosexuales incorporarse al ejército	17. No se debe permitir a los varones homosexuales incorporarse al ejército.
19. No se debería permitir que los hombres homosexuales fuesen líderes en organizaciones religiosas	19. No se debería permitir que los varones homosexuales fuesen líderes en organizaciones religiosas.
20. Creo que los matrimonios entre dos hombres deben ser legales	20. Creo que el matrimonio entre dos varones debe ser legal.
22. Los hombres homosexuales piden demasiados derechos.	22. Los varones homosexuales piden demasiados derechos.

### Escala de Homofobia Moderna (Raja y Stokes, 1998)

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

**Sexo: (M) (F) Grado:**..... **I.E.:** .....

Coloca una X donde corresponda de acuerdo a estas posibilidades: 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (bastante en desacuerdo), 3 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo), 4 (bastante de acuerdo), 5 (totalmente de acuerdo).

<b>HOMOFOBIA HACIA GAYS (MHS-G)</b>	<b>ITEMS</b>				
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni De acuerdo Ni desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. No me importaría ir a una fiesta a la que asistan varones homosexuales.					
2. No me importaría trabajar con un varón homosexual.					
3. Estoy dispuesto(a) a tener amigos homosexuales.					
4. No dudaría en invitar a la pareja de mi amigo homosexual a mi fiesta.					
5. No estoy dispuesto a tener trato con un varón homosexual por miedo a contraer el SIDA.					
6. No creo que afectase negativamente a nuestra relación familiar, si supiera que algún pariente cercano es gay.					
7. No me incomoda pensar en dos varones que mantengan una relación afectiva de pareja.					
8. Si tuviese hijos(as) y me enterase de que su profesor es homosexual los cambiaria de clase.					
9. No me importa ver a dos varones tomados de la mano.					
10. La homosexualidad masculina es una enfermedad psicológica.					
11. Los profesionales de la medicina y la psicología deberían esforzarse para encontrar una cura para la homosexualidad masculina.					
12. Los gays deberían recibir terapia para cambiar su orientación sexual.					
13. Los varones homosexuales podrían ser heterosexuales si realmente quisieran.					
14. No me importa que las empresas usen homosexuales famosos para anunciar sus productos.					
15. No votaría por un candidato político que se declare abiertamente homosexual.					
16. Los hospitales no deberían contratar a médicos homosexuales.					
17. No se debe permitir a los varones homosexuales incorporarse al ejército.					
18. Las películas que aprueban la homosexualidad masculina me molestan.					
19. No se debería permitir que los varones homosexuales fuesen líderes en organizaciones religiosas.					
20. Creo que el matrimonio entre dos varones debe ser legal.					
21. Estoy harto(a) de oír hablar de los problemas de los gays.					
22. Los varones homosexuales piden demasiados derechos.					

<b>ITEMS</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Bastante en desacuerdo</b>	<b>Ni De acuerdo Ni desacuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1. Los empresarios deberían proporcionar un seguro médico para las parejas de sus empleadas lesbianas.					
2. Los profesores(as) deberían tratar de reducir los prejuicios de sus estudiantes hacia las lesbianas.					
3. Las lesbianas que adoptan niños(as) no deberían ser más controladas que los padres y madres heterosexuales.					
4. Se debería permitir que las lesbianas fuesen líderes en organizaciones religiosas.					
5. Las lesbianas son tan capaces como las personas heterosexuales de mantener relaciones afectivas estables de pareja.					
6. El currículo escolar debería incluir contenidos positivos sobre las mujeres lesbianas.					
7. Creo que el matrimonio entre dos mujeres debe ser legal.					
8. No se debe permitir a las lesbianas incorporarse al ejército.					
9. Yo no votaría por una candidata política que se declare como lesbiana.					
10. Las lesbianas son incapaces de ser buenas madres.					
11. Estoy harto(a) de oír hablar de los problemas de las lesbianas.					
12. No me importaría ir a una fiesta a la que asistan lesbianas.					
13. No me importaría trabajar con una lesbiana.					
14. No me incomoda pensar en dos mujeres que mantengan una relación afectiva y de pareja.					
15. No me importa ver a dos mujeres cogidas de la mano.					
16. No me molestaría que mi mejor amiga tenga una relación amorosa con otra mujer.					
17. Las películas que aprueban la homosexualidad femenina me molestan.					
18. Estoy dispuesto(a) a tener amistades que sean lesbianas.					
19. No me importa que las empresas usen lesbianas famosas para anunciar sus productos.					
20. No dudaría en invitar a la pareja de mi amiga lesbiana a mi fiesta.					
21. No creo que afectase negativamente a nuestra relación si supiera que una de mis familiares más cercanas es lesbiana.					
22. Los profesionales de la medicina y de la psicología deberían esforzarse para encontrar una cura para la homosexualidad femenina.					
23. Las lesbianas deberían recibir terapia para cambiar su orientación sexual.					
24. La homosexualidad femenina es una enfermedad psicológica.					

### ANEXO 3



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Escuela Profesional de Psicología

I.E. N° 40193 - F.P. - SABANDIA
RECIBIDO
Nº Expediente 042
Fecha 03/07/2017
Firma EB

Arequipa, 2017 Mayo 23

**OFICIO N° 154-2017-EP.PS.**

**SEÑORES**  
**I.E.N. 40193 FLORENTINO PORTUGAL**  
**PRESENTE**

Es grato dirigirnos a usted, para expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional De Psicología de la Facultad De Psicología Relaciones Industriales Y Ciencias De La Comunicación de la Universidad Nacional De San Agustín, y a la vez presentarle a las bachilleras de psicología:

- Vilavila Quispe, Norma Maribel
- Vilca Pilco, Korina

A fin de que puedan realizar su trabajo de tesis para obtener el título profesional con el tema: "Empatía y Actitudes de los Adolescentes hacia la Homosexualidad Masculina y Femenina", las mismas que serán asesoradas por el Dr. Edwin Valdivia Carpio, para lo cual requerimos de su colaboración, permitiendo la aplicación de dos cuestionarios a los estudiantes de Cuarto y Quinto de Secundaria en la institución que dignamente dirige.

Agradeciendo su gentil atención al presente, hago propicia la ocasión para expresar a usted las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente.

**DR. EDWIN VALDIVIA CARPIO**  
**DIRECTOR**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

Avenida Venezuela s/n. Arequipa-Perú teléfono:477888



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Arequipa, 2017 Mayo 23

**OFICIO N° 154-2017-EP.PS.**

**SEÑORES**  
**I.E.N. SAN MARTIN DE SOCABAYA**  
**PRESENTE**

Es grato dirigirnos a usted, para expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional De Psicología de la Facultad De Psicología Relaciones Industriales Y Ciencias De La Comunicación de la Universidad Nacional De San Agustín, y a la vez presentarle a las bachilleras de psicología:

- Vilavila Quispe, Norma Maribel
- Vilca Pilco, Korina

A fin de que puedan realizar su trabajo de tesis para obtener el título profesional con el tema: "Empatía y Actitudes de los Adolescentes hacia la Homosexualidad Masculina y Femenina", las mismas que serán asesoradas por el Dr. Edwin Valdivia Carpio, para lo cual requerimos de su colaboración, permitiendo la aplicación de dos cuestionarios a los estudiantes de Cuarto y Quinto de Secundaria en la institución que dignamente dirige.

Agradeciendo su gentil atención al presente, hago propicia la ocasión para expresar a usted las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente.



**DR. EDWIN VALDIVIA CARPIO**  
**DIRECTOR**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

# CASOS

**NORMA MARIBEL VILAVILA QUISPE**

**CASO 1**

## ANAMNESIS

### I. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombres y apellidos</b>	: G.P F. G.
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 06/09/1973
<b>Edad cronológica</b>	: 43 años y 8 meses
<b>Sexo</b>	: Femenino
<b>Ocupación</b>	: Su casa
<b>Grado de instrucción</b>	: Superior
<b>Lugar de procedencia</b>	: Arequipa
<b>Lugar de nacimiento</b>	: Islay - Arequipa
<b>Estado civil</b>	: Casada
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Lugar de evaluación</b>	: C.S. Félix Náquira Vildoso
<b>Fecha de evaluación</b>	: 22/05/2017
<b>Informante</b>	: Esposo y paciente
<b>Evaluadora</b>	: Norma Maribel Vilavila Quispe

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente recurre por segunda vez, debido a que presentó problemas emocionales a causa de los problemas de salud que presenta su madre, quien se encuentra actualmente hospitalizada en una clínica privada en la ciudad de Arequipa, con un diagnóstico de cáncer terminal.

### **III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O ANTECEDENTES:**

Paciente presenta problemas emocionales, debido a que desde aproximadamente un año viajo a vivir junto a su madre a la provincia de Islay, quien se encontraba mal de salud, la cual vivía sola con problemas según refiere paciente, “obsesivos” que le impedían realizar sus labores cotidianas, como salir a la calle a comprar sus alimentos, por tal motivo no se alimentaba de manera adecuada, desde ese tiempo la cuidaba, acompañaba y compartía tiempo con ella. En el mes de noviembre del 2017 su madre es traída a la ciudad de Arequipa, por presentar dolores intensos, por tal motivo fue hospitalizada de emergencia, la cual tras rigurosos exámenes fue diagnosticada con Cáncer al pulmón y Metástasis Ósea, ante dicho diagnóstico de su madre es que la paciente entra en una crisis de desesperación, sudoración excesiva de manos, mal humor, irritabilidad y descuido personal, ante lo presentado con su madre se mostraba muy desesperada, presionando a personal de salud que le dieran una explicación, haciéndoles preguntas como ¿Si habría alguna opción de sanar a su madre? por tal motivo la paciente proponía que le sacasen un pulmón para poder dárselo, ya que manifestaba que podría vivir con un solo pulmón, desde esos episodios, paciente comenzó a sentirse muy mal a pesar que trataba de sacar muchas fuerzas para aparentar su bienestar ante su madre, perdiendo día a día el interés absoluto de su persona, entre ellos, su aseo personal, ya que manifiesta que no se bañaba por muchos días a pesar que tenían un ambiente privado el cual contaba con baño propio.

Vienen a consulta psicológica de manera voluntaria, al sentir según refiere que ya no puede más con su salud mental, causándole mucha angustia, sudoración, llanto y desesperación.

## **IV. HISTORIA PERSONAL:**

### **1. PERIODO DEL DESARROLLO**

**Etapa pre natal:** Manifiesta que cuando su madre se encontraba embarazada, sus padres creyeron que era varón por los demasiados movimientos que presentaba dentro del vientre, fue hija deseada por ambos padres.

**Etapa peri-natal:** Parto natural sin complicaciones.

**Etapa post natal:** No da mayores referencias, supone que todo fue normal, con la excepción que presentó trastorno del funcionamiento del intestino grueso (estreñimiento) desde su nacimiento.

### **2. PRIMERA INFANCIA**

Refiere haber vivido con sus padres y hermana menor, fue llevada a la ciudad de Lima por la madre para sus análisis por el Trastorno del funcionamiento del intestino Grueso, diagnosticándole Intestino grueso de tamaño más grande de lo normal, del cual no realizó tratamiento médico alguno.

### **3. INFANCIA MEDIA**

Estudio en el colegio María Auxiliadora “Colegio de monjas” refiere haber sido una niña muy tímida y nada participativa , tratando de pasar desapercibida ante los ojos de sus profesores y compañeras, desde que tuvo 6 años de edad su padre comenzó a consumir diferentes tipos de drogas, refiere que su padre tanto a la paciente y a su hermana menor, les cortaba el cabello con corte varonil y así las mandaba a la escuela, también no les permitía tomar desayuno por lo que su madre esperaba que su papá se vaya al trabajo para llevarles el desayuno a la escuela, las cuales tomaban paradas en la puerta de la misma, recuerda que su padre tenía un auto el cual hacia mucho ruido

por el motor que tenía y tan solo al sentir ese ruido apenas él llegaba refiere que “se orinaba en los pantalones” por el miedo que le producía su presencia, en ocasiones sus primas venían a jugar a su casa y al no lograr salir antes de que entraba a la casa su padre, las botaba diciéndoles “que hacen aquí, lárguense a sus casas” pateando, pisando y rompiendo los juguetes que no lograban recoger a tiempo.

#### **4. ADOLESCENCIA**

Siendo la paciente adolescente, manifiesta que en cierta ocasión su padre la agredió físicamente, a la vez le rompió sus cuadernos y una biblia que tenía encima de su escritorio, ese tipo de sucesos hacía que se encierre en su cuarto deseando de todo corazón que su padre se muera y manifestando que lo odiaba. Refiere que, al cursar el 2do año de nivel secundario, repitió el año, refiriendo haber sido una estudiante muy tímida, reprimida y nada participativa, no faltaba al colegio, y la conducta dentro de la clase era adecuada.

Manifiesta que por las noches sentía ataques de pánico, acompañado de temblores y falta de aire para poder respirar, pensando que no habría médico que la pueda curar, en cierta ocasión recurrió al hospital pidiendo ayuda por la falta de aire que le impedía respirar, agarrando de manera violenta al doctor exigiendo que le presten ayuda urgente, refiriendo luego las enfermeras que al ingresar de manera desesperada la veían con el rostro morado; de igual manera recuerda que su madre recibía maltratos tanto físicos y psicológicos constantes de parte de su padre, a la cual la golpeaba y ahorraba por defender a hijas, cuenta que en cierta ocasión empujó a su madre contra el vidrio de la ventana, causándole cortes muy graves en el brazo y también dejándola casi ciega por los golpes en el rostro y en especial en el ojo que recibió de parte de su padre.

## **5. JUVENTUD**

Realizo estudios superiores de secretariado comercial y computación informática, ambos concluyéndolos de manera satisfactoria; tuvo su primer enamorado a la edad de 19 años, relación que llegó a su término llegado el mes, manifiesta no haber tenido relaciones serias ni duraderas ya que refiere “no tener suerte en el amor”

## **6. ADULTEZ**

Su adulterz el paso en trabajos esporádicos, a la edad de 37 años conoció a su esposo, contrayendo matrimonio un año después de conocerlo, a la edad de 38 años de edad, hasta la actualidad aún no tiene hijos.

## **7. ASPECTO LABORAL**

Uno de sus primeros trabajos lo realizó a la edad de 33 años, en una empresa americana, desempeñándose como secretaria, por un periodo aproximado de 5 meses, manifestando haber sido muy bien remunerada en dicho trabajo; de igual manera a la edad de 35 años trabajo por un lapso de un año en una Empresa constructora de su prima en la ciudad de Lima desempeñándose de la misma manera como secretaria, uno de sus últimos trabajos la realizó a la edad de los 41 años por un lapso de un mes en un snack en ventas de Fraps.

Actualmente no trabaja, sus gastos en su totalidad son pagada por su esposo, el cual se dedica a la preparación de empanadas, llevando pedidos a lugares como, snack, internet y tiendas.

## **8. HABITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TOXICAS**

Paciente refiere que desde que tenía la edad de 33 años, comenzó a fumar cigarrillos, llegando a consumir hasta una cajetilla de cigarros al día, tal adicción duró aproximadamente 3 años, habiendo dejado chicho Visio cuando conoció a su actual esposo.

## **9. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES:**

Enfermedad y accidentes: A la edad 33 años fue hospitalizada, aproximadamente por el lapso de un mes, por presentar una enfermedad viral, muy difícil de detectar, de igual manera presenta sudoración incontrolable de las manos “Hiperhidrosis primaria” que se le agrava en momentos de tensión, angustia y desesperación.

Personalidad premórbida: Considera que su conducta en ocasiones es impulsiva e incontrolada.

## **V. HISTORIA FAMILIAR:**

**Composición familiar:** Giannina, actualmente vive en la Provincia de Islay en casa de sus padres, se distancia de su esposo aproximadamente hace un año, para ir a vivir con su madre, con la finalidad de cuidar de ella.

Su padre trabajó como contador, el cual actualmente vive solo en una habitación alquilada en la ciudad de Arequipa.

Su madre fue ama de casa, actualmente se encuentra hospitalizada en una Clínica en la ciudad de Arequipa por motivos de salud.

**Dinámica Familiar:** La paciente refiere que existían problemas familiares en su hogar, la mayoría de ellos por violencia doméstica, ejercidas por parte de su papá en contra de su madre, hermana y su persona; la relación con su madre fue de confianza

y protección, apoyándose mutuamente ante la situación familiar que vivían, actualmente la paciente apoya emocionalmente a su madre para sobrellevar su actual enfermedad de cáncer; la relación con su hermana fue muy cercana y de mucha confianza.

Actualmente considera que la convivencia con su esposo es buena, refiriendo que es un hombre tranquilo, paciente y comprensivo.

**Condición socioeconómica:** Actualmente es sostenida económicamente por su esposo, el cual se dedica a hacer empañadas para venderlas en diferentes negocios al por mayor.

**Antecedentes Patológicos:** Familiares fallecidos a causa del cáncer: tía y abuelo, actualmente madre con cáncer terminal; Familiar que se suicidó: tía ingiriendo gran cantidad de pastillas; padre es diagnosticado de Psicópata, Mitomaniaco y Deptomano.

## **RESUMEN:**

Paciente fue hija deseada por ambos padres, sin complicaciones en el embarazo ni al momento del parto, su infancia fue complicada al vivir demasiada violencia intrafamiliar de parte de su progenitor, tanto violencia física como psicológica, en contra de su madre, hermana y su persona; en la adolescencia presentaba ataques de pánico que muchas veces no le permitían ni respirar acudiendo a pedir ayuda en varias ocasiones. Actualmente casada, vive con su madre la cual se encuentra con cuidados hospitalarios por su mal estado de salud.

En noviembre del 2017 acompaña a su madre a la ciudad de Arequipa para ser internada de urgencia, con un diagnóstico de cáncer a los pulmones y metástasis ósea; paciente permanece actualmente a lado de su madre que se encuentra hospitalizada con un

diagnóstico grave, internada en una clínica de la Ciudad de Arequipa; paciente al enterarse que a madre le dan solo un mes de vida, entró en un estado Ansioso y depresivo muy fuerte, del cual voluntariamente viene a Consulta Psicológica, para mejorar su estado mental según refiere. Presenta antecedentes familiares de enfermedad, como: cáncer por parte de tía, abuelo y madre; padre con diagnóstico de, Psicópata, Mitomaniaco y Deptomano. Paciente es consciente de lo que le sucede, reconociendo su enfermedad como “depresión”.

**Arequipa 30 de Julio 2017**

.....  
**Norma Maribel Vilavila Quispe**  
Bachiller en Psicología

## EXAMEN MENTAL

### I. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombres y apellidos</b>	: G.P F. G.
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 06/09/1973
<b>Edad cronológica</b>	: 43 años y 8 meses
<b>Sexo</b>	: Femenino
<b>Ocupación</b>	: Su casa
<b>Grado de instrucción</b>	: Superior
<b>Lugar de procedencia</b>	: Arequipa
<b>Lugar de nacimiento</b>	: Islay - Arequipa
<b>Estado civil</b>	: Casada
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Lugar de evaluación</b>	: C.S. Félix Náquira Vildoso
<b>Fecha de evaluación</b>	: 26/05/2017
<b>Informante</b>	: La paciente
<b>Evaluadora</b>	: Norma Maribel Vilavila Quispe

### II. CARACTERISTICAS GENERALES DEL COMPORTAMIENTO

#### a. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

- **Apariencia general y actitud psicomotora:** Paciente con inadecuada manera de vestir, mostrando falta de aseo y arreglo personal; Su expresión facial demuestra preocupación; utiliza un tono de voz alto; de postura recta y mirada fija.
- **Molestia general y manera de expresarla:** Muestra malestar y desesperación por la situación que actualmente vive, se muestra excesivamente expresiva, eleva el tono de voz por momentos al relatar episodios difíciles que vive.

- **Actitud hacia el examinador y hacia la entrevista:** Demostró en todo momento una actitud colaboradora, escucha activa y atención a las preguntas formuladas, se mostró interesada y se concentró para desarrollar las tareas encomendadas.

### **III. EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS COGNOSCITIVOS**

#### **CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN**

- **Conciencia:** El estado de conciencia de la paciente es adecuado, manteniéndose atenta y demostrando interés en cada tarea asignada, de igual manera su estado de alerta ante los estímulos del medio es apropiado.
- **Atención:** Presenta una adecuada habilidad para concentrarse, presta atención a los procedimientos de la evaluación con interés, su atención es sostenida por espacios de tiempos prolongados lo que le permite realizar las tareas asignadas con eficiencia.
- **Orientación:** Se orienta adecuadamente en Tiempo, Espacio, y con respecto a su Persona.

#### **b. LENGUAJE**

Su lenguaje es rápido y fluido, presenta períodos de aceleración que se vinculan con sus estados afectivos.

Las palabras empleadas para transmitir sus ideas son comprensibles, dejándose entender con claridad, orden y una asociación lógica adecuada.

Su lenguaje escrito es entendible, expresa sus ideas con claridad haciendo uso correcto de la ortografía.

### c. PENSAMIENTO

Su pensamiento mantiene un curso normal y es coherente al expresarlo. El contenido de sus ideas se asocia por momentos a pensamientos obsesivos que afectan su estado emocional.

### d. PERCEPCION

En cuanto a sus procesos perceptuales, discrimina y reconoce los estímulos en forma adecuada; percibe los olores y sabores, estímulos térmicos frío–calor; discrimina correctamente formas, colores, ruidos, melodías, tamaños y texturas.

### e. MEMORIA

- **Memoria Remota:** Recuerda adecuadamente hechos cronológicos de su historia personal, mantiene recuerdos de su niñez y adolescencia, sucesos, anécdotas y travesuras realizadas; como también recuerdos acerca de su vida después de su etapa de escolaridad, problemas familiares, fracasos académicos, periodo de enamoramiento y vida conyugal.
- **Memoria Reciente:** Recuerda con detalle el inicio de su actual problema, las circunstancias en que se desarrolló, las posteriores manifestaciones de este y las sensaciones que experimentó en cada uno de estos episodios.
- **Memoria Inmediata:** Recuerda adecuadamente hechos realizados en el presente y/o momento, su habilidad de fijación es adecuada.

### f. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Posee un nivel de conocimientos generales adecuados, su capacidad de pensamiento abstracto, se encuentra conservada, demostrando una eficiente capacidad para solucionar problemas y realizar cálculos; su capacidad de comprensión, razonamiento, juicio y formación de conceptos es adecuada.

## **IV. EXPLORACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA**

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

Su estado de ánimo es dominante e inestable, presentando angustia recurrente; se muestra bastante vigilante ante los problemas que presenta. Existe concordancia entre lo que dice y su expresión emocional; Hace adecuada utilización de los gestos faciales para expresar sus ideas y emociones.

### **b. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD**

- **Comprensión:** Interpreta su situación emocional como “Depresiva”, por tal motivo es que recurre a Atención Psicológica, se encuentra dispuesta a seguir el apoyo que sea necesario para superar su problema actual.
- **Grado de Incapacidad:** Su problema actual ha venido acrecentándose, por lo que el desenvolvimiento de la paciente en sus actividades diarias se ha visto afectado, con inadecuado aseo y arreglo personal; manteniendo un lenguaje rápido y bastante fluido, su pensamiento se mantiene un tanto acelerado y coherente a la hora de expresar lo que piensa, se siente temerosa y preocupada de que su estando en cualquier momento pueda entrar en una crisis de pánico, por el estado actual de su madre y posible muerte de la misma.

## **RESUMEN**

Paciente con inadecuado aliño y aseo personal, presentando una buena actitud hacia la evaluación y hacia la evaluadora. Su estado de conciencia es adecuado, se encuentra orientada en tiempo espacio y persona; y muestra una adecuada habilidad para concentrarse.

Su lenguaje mantiene una velocidad algo acelerado y bastante fluida, expresa sus ideas de manera clara, su pensamiento mantiene un curso un tanto acelerado y coherente al

expresarlo, el contenido de este se asocia por momentos a preocupaciones irracionales sobre su estado de salud; sus procesos perceptuales conservados, discrimina y reconoce estímulos de forma adecuada. Memoria remota, reciente e inmediata conservada; posee un buen nivel de conocimientos generales, capacidad de pensamiento abstracto, compresión, juicio y razonamiento son adecuados. Su estado de ánimo dominante es de tristeza, angustia y desesperación.

**Arequipa 30 de Julio 2017**

.....  
**Norma Maribel Vilavila Quispe**  
Bachiller en Psicología

## INFORME PSICOMÉTRICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombres y apellidos</b>	: G.P F. G.
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 06/09/1973
<b>Edad cronológica</b>	: 43 años y 8 meses
<b>Sexo</b>	: Femenino
<b>Ocupación</b>	: Su casa
<b>Grado de instrucción</b>	: Superior
<b>Lugar de procedencia</b>	: Arequipa
<b>Lugar de nacimiento</b>	: Islay - Arequipa
<b>Estado civil</b>	: Casada
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Lugar de evaluación</b>	: C.S. Félix Náquira Vildoso
<b>Fecha de evaluación</b>	: 22/23/26 de mayo de 2017
<b>Informante</b>	: La paciente
<b>Evaluadora</b>	: Norma Maribel Vilavila Quispe

### II. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente, con apariencia conforme a la edad que manifiesta, con inadecuado aliño y aseo personal, presenta buena actitud hacia la evaluación y hacia la evaluadora. Su estado de conciencia es adecuado, se encuentra orientada en tiempo espacio y persona; y muestra una adecuada habilidad para concentrarse. Su lenguaje mantiene una velocidad acelerada, expresa sus ideas de manera clara y explicativa, su pensamiento mantiene un curso normal y es coherente al expresarlo, el contenido de este se asocia por momentos a preocupaciones irracionales sobre su estado de salud.

Paciente con procesos perceptuales conservados, discrimina y reconoce estímulos de forma adecuada. Memoria remota, reciente e inmediata conservada; posee un buen nivel de conocimientos generales, capacidad de pensamiento abstracto, compresión, juicio y razonamiento adecuadas para su edad. Su estado de ánimo dominante es, emotiva e inestable, presenta angustia y llanto recurrente con excesiva sudoración de manos. Presenta un adecuado grado de comprensión de su problema, atribuyendo las causas al estado de salud de su madre; dicho problema le viene afectando en su vida diaria, produciéndole intensa angustia de que a su madre le pueda pasar algo grave.

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

Observación

Pruebas Psicométricas

Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad MILLON II

Test De La Figura Humana de Karen Machover

Test del Árbol

Inventario de Depresión de BECK

Escala de Autoevaluación de Depresión de ZUNG

## IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

### A. PERSONALIDAD

#### a.- Interpretación Cuantitativa:

Edad: 43 años

Escalas de Validez		PUNTAJE FINAL									
		Bruto	BR	X	FACTOR X1/2	DA	DD	AJUSTES DC-1	DC-2	Pac.	
V	Validez	0	=	Válido							
X	Sinceridad	524	=	Válido							
Y	Deseabilidad Social	12	=								
Z	Autodescalificación	35	=								
Patrones clínicos de personalidad		PUNTAJE FINAL									
1	Esquizoide	34	81	73							73
2	Evitativo	51	121	113		113					113
3	Dependiente	40	95	87							87
4	Histríónico	26	64	56							56
5	Narcisita	34	71	63							63
6 <sup>a</sup>	Antisocial	25	64	56							56
6B	Agresivo-sádico	33	74	66							66
7	Compulsivo	46	91	83							83
8 <sup>a</sup>	Pasivo-agresivo	52	118	110							110
8B	Autoderrotista	43	107	99	99						99
Patología severa de personalidad		PUNTAJE FINAL									
S	Esquizotípico	44	96		924	88	88	86			86
C	Borderline	70	121		117	117	113	113	107		107
P	Paranoide	35	67		63		63	56			56
Síndromes clínicos		PUNTAJE FINAL									
A	Ansiedad	36	107	99		95	95	88			88
H	Somatoformo	32	71	63		59	59	54			54
N	Bipolar	25	60	52							52
D	Distimia	57	115	107		103	103	98			98
B	Dependencia de alcohol	33	69	61							61
T	Dependencia de drogas	35	68	60							60
Síndromes severos		PUNTAJE FINAL									
SS	Desorden del pensamiento	26	69		65			65			65
CC	Depresión mayor	48	115		111			111			111
PP	Desorden delusional	18	64		60			60			60

Indicador elevado      Indicador moderado

Indicador sugestivo

>=85

75-84

60-74

Indicador bajo

35-59

Indicador nulo

0-34

**b.- Interpretación Cualitativa:**

**Patrones Clínicos De Personalidad: Indicadores Elevados de:** EVITATIVO, PASIVO AGRESIVO, AUTODERROTISTA Y DEPENDIENTE: Presenta miedo al rechazo, sentimientos de inferioridad y una tendencia a los cambios de humor. Se subestima, considerándose menos capacitada, menos atractiva y de menos valor que los demás. Suele ser poco assertiva, se siente más cómoda cuando puede contar con los demás para que tomen decisiones importantes por ella y casi nunca exige nada a otros, aunque puedan ejercer cierto control sobre ella de una manera dependiente y sumisa. Cree que, a la larga la gente le irá encontrando defectos y acabara abandonándola. Se muestra tímida, nerviosa y algo temerosa en las situaciones sociales. A menudo se ve atrapada en una situación contradictoria: por una parte, le gustaría interactuar con los demás y recibir su aprecio, pero, por otra se ve obligada a evitar las relaciones sociales para no tener que enfrentarse con la ansiedad que esta le provoca. Unas veces se muestra amable, y otras distante, brusca, de mal humor y sin interés por los demás. En algunas ocasiones proyecta los sentimientos que les provoca su conflicto interno, y se vuelve más desconfiada y hostil, culpando a los demás de sus fracasos. Sin embargo, estas situaciones suelen durar poco y en seguida vuelve a sentirse inferior y a culparse de todo lo que le pasa. Se mete en discusiones y riñas interminables ya que vacila entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

**Patología Severa De Personalidad: Indicador Elevado de:** BORDERLINE Y ESQUIZOTIPICO: Experimenta intensos estados de ánimo, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Muestra inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Teniendo

en ocasiones pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparece híper preocupada por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros. Prefiere el aislamiento social, con mínimas obligaciones y apegos personales. Se muestra cognitivamente confusa, piensa de forma tangencial y con frecuencia aparece ensimismada y reflexiva. Las excentricidades del comportamiento son notables y es percibida frecuentemente por los demás como extraña o diferente.

**Síndromes Clínicos: Indicadores elevados de: DISTIMIA Y ANSIEDAD:** Se ha visto afectada por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia, expresiones de inutilidad y comentarios auto des valorativos. Durante los períodos de depresión, puede presentar llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida. Con frecuencia informa sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, típicamente tensa, indecisa e inquieta y tiende a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos. Muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Las manos sudorosas o los trastornos estomacales son también característicos. También se muestra notablemente excitada y tiene un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

### **Síndrome Clínicos Severo: Indicadores elevados de: DEPRESIÓN MAYOR:**

Habitualmente incapaz de funcionar en un ambiente normal, se deprime gravemente y expresa temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación, lamentando su estado triste, agotamiento, insomnio, o despertar precoz. Presenta problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas, puede presentar un patrón tímido, introvertido y apartado, caracterizado por una inmovilidad perezosa, o un tono irritable.

### **B. Escala de Autoevaluación de Depresión de ZUNG**

#### **a.- Interpretación Cuantitativa:**

Puntaje Total
67

#### **b.- Interpretación Cualitativa:**

Presenta una **Depresión Moderada Intensa**, existiendo una perturbación de su estado de ánimo en el logro de sus objetivos.

Mostrando las siguientes características: Sintiéndose casi siempre triste y decaída, con llantos frecuentes, con problemas fisiológicos como estreñimiento y problemas de latidos acelerados del corazón, sin confianza en el futuro, más irritable que antes, sin capacidad de tomar buenas decisiones.

## C. Inventario de Depresión de BECK

### a.- Interpretación Cuantitativa:

Puntaje Total	
48	Gravemente Deprimido

### b.- Interpretación Cualitativa:

Paciente que obtiene un puntaje de 48 puntos el cual indica una Categoría de **Gravemente Deprimido** presentando las siguientes características: Ve el futuro con desesperanza sintiendo que las cosas no mejoran, mostrándose insatisfecha o aburrida con respecto a todo pensando que está siendo castigada, sin poder dejar de llorar aunque se lo proponga, se le hace imposible tomar decisiones, sintiendo que tiene un aspecto horrible, sintiéndose incapaz de llevar a cabo ninguna tarea, estando demasiada cansada para hacer algo, es incapaz de pensar en otras cosas que no sean las enfermedades.

## D. Test De La Figura Humana De Karen Machover

Con tendencia a la introversión, caracterizada por distanciamiento y/o aislamiento de otros; de manera que, con frecuencia tiene dificultad para establecer relaciones sociales profundas, calificando éstas más bien como superficiales. En relación a lo anterior, sus intentos por relacionarse socialmente con los demás en ocasiones se ven frustrados por una desconfianza anticipada hacia éstos, de ahí que tienda preferentemente por lo espiritual y la vida interior, encerrándose muchas veces en sí misma. No obstante, resulta siendo naturalmente emotiva e impresionable, cayendo muchas veces en gran preocupación y agitación, profundo abatimiento y desolación o ataques impulsivos imprevistos.

Alberga sentimientos de inferioridad, reflejado en su modestia y sencillez, y dependencia, por lo cual difícilmente toma decisiones personales y emprende nuevos planes; sin

embargo, la incomodidad con su situación actual la ha conducido a una lucha interior entre cómo es y cómo se desea ser, existiendo en la actualidad una necesidad de buscar un fin utilitario a su persona que dé sentido a su vida.

#### **E. Test Del Árbol**

Presenta un carácter conflictivo, por el cual tiende a aumentar los problemas propios, muchas veces a partir de constante rumiaciones de ideas, que finalmente ocasiona sentimientos de culpa. Es bastante detallista y escrupulosa, prefiere lo rutinario y ansiosa en la búsqueda de resultados inmediatos.

Por otra parte, presenta tendencia a lo familiar, mostrándose especialmente afectiva y sensible hacia los familiares más cercanos. Existe clara dependencia materna y evidencia vivencia de hechos traumatizantes durante su niñez, ambas experiencias condicionan su desenvolvimiento actual.

#### **V. CONCLUSION**

Paciente que presenta como Patrones Clínicos de Personalidad; Evitativo, Pasivo-agresivo, Autoderrotista y Dependiente, Patología Severa De Personalidad; Borderline y Esquizotípico, como Síndromes Clínicos; Distimia y Ansiedad. De igual manera exhibe como Síndrome Clínico Severo; Depresión mayor.

**Arequipa 30 de Julio 2017**

.....  
**Norma Maribel Vilavila Quispe**  
Bachiller en Psicología

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

**Nombres y apellidos** : G.P F. G.  
**Fecha de nacimiento** : 06/09/1973  
**Edad cronológica** : 43 años y 8 meses  
**Sexo** : Femenino  
**Ocupación** : Su casa  
**Grado de instrucción** : Superior  
**Lugar de procedencia** : Arequipa  
**Lugar de nacimiento** : Islay - Arequipa  
**Estado civil** : Casada  
**Religión** : Católica  
**Lugar de evaluación** : C.S. Félix Náquira Vildoso  
**Fecha de evaluación** : 26/23/26 y 27 de mayo del 2017  
**Informante** : Esposo y paciente  
**Evaluadora** : Norma Maribel Vilavila Quispe

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente recurre por segunda vez, debido a que presentó problemas emocionales a causa de los problemas de salud que presenta su madre, quien se encuentra actualmente hospitalizada en una clínica privada en la ciudad de Arequipa, con un diagnóstico de cáncer terminal.

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

Observación

Pruebas Psicométricas

Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad MILLON II.

Test De La Figura Humana De Karen Machover.

Test del Árbol.

Inventario de Depresión de BECK.

Escala de Autoevaluación de Depresión de ZUNG.

### **IV. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O ANTECEDENTES**

Paciente presenta problemas emocionales debido a que desde el mes de abril del 2016 viajo a la provincia de Islay, a vivir junto a su madre quien se encontraba mal de salud, la cual vivía sola con problemas según refiere paciente “obsesivos” que le impedían realizar sus labores cotidianas de manera adecuada, como salir a la calle a comprar sus alimentos para su consumo diario, por tal motivo desde ese tiempo la cuidaba, acompañaba y compartía tiempo con ella. En el mes de noviembre del 2016 su madre es traída a la ciudad de Arequipa por presentar dolores intensos, por tal motivo fue hospitalizada de emergencia, la cual tras rigurosos exámenes fue diagnosticada con cáncer al pulmón y metástasis ósea, ante dicho diagnóstico de su madre es que la paciente entra en una crisis de desesperación, sudoración excesiva de manos, mal humor, irritabilidad y descuido personal, ante lo presentado con su madre se mostraba muy desesperada, presionando a personal de salud que le dieran una explicación, haciéndoles preguntas como ¿Si habría alguna opción de sanar a su madre? por tal motivo la paciente proponía que le sacasen un pulmón para poder dárselo, ya que manifestaba que podría vivir con un solo pulmón, desde esos episodios, paciente

comenzó a sentirse muy mal a pesar que trataba de sacar muchas fuerzas para aparentar su bienestar ante su madre, perdiendo día a día el interés absoluto de su persona, entre ellos, su aseo personal, ya que manifiesta que no se bañaba por muchos días a pesar que tenían un ambiente privado el cual contaba con baño propio.

Vienen a consulta psicológica de manera voluntaria, al sentir según refiere que ya no puede más con su salud mental, causándole mucha angustia, llanto y desesperación.

#### **V. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Paciente fue hija deseada por ambos padres, sin complicaciones en el embarazo ni al momento del parto, su infancia fue complicada al vivir demasiada violencia intrafamiliar de parte de su progenitor, tanto violencia física como psicológica, en contra de su madre, hermana y su persona; en la adolescencia presentaba ataques de pánico que muchas veces no le permitían ni respirar, acudiendo a pedir ayuda en varias ocasiones. Actualmente casada, vive con su madre la cual se encuentra con cuidados hospitalarios por su mal estado de salud.

En noviembre del 2016 acompaña a su madre a la ciudad de Arequipa para ser internada de urgencia, con un diagnóstico de cáncer a los pulmones y metástasis ósea; paciente permanece actualmente a lado de su madre que se encuentra hospitalizada en estado grave, internada en una clínica de la ciudad de Arequipa, al enterarse que a madre le dan solo un mes de vida, entró en un estado depresivo muy fuerte, del cual voluntariamente vine a consulta psicológica, para mejorar su estado mental según refiere. Presenta antecedentes familiares de enfermedad, como: cáncer por parte de tía, abuelo y madre; padre con diagnóstico de Psicópata, Mitomaniaco y Deptomano.

Paciente es consciente de lo que le sucede, reconociendo su enfermedad como “depresión”.

## **VI. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA**

Paciente, con apariencia conforme a la edad que manifiesta, con inadecuado aliño y aseo personal, presenta buena actitud hacia la evaluación y hacia la evaluadora. Su estado de conciencia es adecuado, se encuentra orientada en tiempo espacio y persona; y muestra una adecuada habilidad para concentrarse. Su lenguaje mantiene una velocidad acelerada, expresa sus ideas de manera clara y explicativa, su pensamiento mantiene un curso normal y es coherente al expresarlo, el contenido de este se asocia por momentos a preocupaciones irracionales sobre su estado de salud. Paciente con procesos perceptuales conservados, discrimina y reconoce estímulos de forma adecuada. Memoria remota, reciente e inmediata conservada; posee un buen nivel de conocimientos generales, capacidad de pensamiento abstracto, compresión, juicio y razonamiento adecuadas para su edad. Su estado de ánimo dominante es, emotiva e inestable, presenta angustia y llanto recurrente con excesiva sudoración de manos. Presenta un adecuado grado de comprensión de su problema, atribuyendo las causas al estado de salud de su madre; dicho problema le viene afectando en su vida diaria, produciéndole intensa angustia de que a su madre le pueda pasar algo grave.

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

Paciente que muestra sentimientos de inferioridad y una tendencia a los cambios de humor. Suele ser poco asertiva, se siente más cómoda cuando puede contar con los demás para que tomen decisiones importantes por ella y casi nunca exige nada a otros, aunque puedan ejercer cierto control sobre ella de una manera dependiente y sumisa. Cree que, a la larga la gente le irá encontrando defectos y acabará abandonándola. Se muestra tímida, nerviosa y algo temerosa en las situaciones sociales. Experimenta intensos estados de ánimo, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía,

frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Se ha visto afectada por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia, expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Generalmente incapaz de funcionar en un ambiente normal, se deprime gravemente y expresa temor hacia el futuro, presentando ideas suicidas, lamentando su estado triste, agotamiento, insomnio. Presenta problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas, puede presentar un patrón tímido, introvertido y apartado, caracterizado por una inmovilidad perezosa, o un tono irritable; presentando también una perturbación de su estado de ánimo en el logro de sus objetivos.

Proyectivamente, muestra tendencia a la introversión, caracterizada por distanciamiento y/o aislamiento de otros; de manera que, con frecuencia tiene dificultad para establecer relaciones sociales profundas, calificando éstas más bien como superficiales. En relación a lo anterior, sus intentos por relacionarse socialmente con los demás en ocasiones se ven frustrados por una desconfianza anticipada hacia éstos, de ahí que tienda preferentemente por lo espiritual y la vida interior, encerrándose muchas veces en sí misma. No obstante, resulta siendo naturalmente emotiva e impresionable, cayendo muchas veces en gran preocupación y agitación, profundo abatimiento y desolación o ataques impulsivos imprevistos.

### **VIII. DIAGNOSTICO**

Paciente con habilidades favorables para resolver problemas de manera adecuada, recuerda sucesos actuales y pasados, evidenciando con ello una inteligencia normal.

De igual manera la paciente presenta considerable angustia, agitación y sudoración excesiva de manos, con pérdida de estimación de sí misma, sentimientos de inutilidad y culpa, con riesgo de suicidio, sin capacidad de continuar con actividades laborales, sociales, domésticas y personales, por tales características se presume un Trastorno depresivo grave (F32.2).

## **IX. PRONÓSTICO**

**Reservado**, porque los factores ambientales y familiares podrían modificar y/o determinar la evolución de la enfermedad del paciente.

**Arequipa 30 de Julio 2017**

.....  
**Norma Maribel Vilavila Quispe**  
Bachiller en Psicología

## PLAN PSICOTERAPÉUTICO

### I. DATOS PERSONALES

**Nombres y apellidos** : G. P. F. G.

**Fecha de nacimiento** : 06/09/1973

**Edad cronológica** : 43 años y 8 meses

**Sexo** : Femenino

**Ocupación** : Su casa

**Grado de instrucción** : Superior

**Lugar de procedencia** : Arequipa

**Lugar de nacimiento** : Islay - Arequipa

**Estado civil** : Casada

**Religión** : Católica

**Lugar de evaluación** : C. S. Félix Naquira Vildoso

**Fecha de evaluación** : 22-23- 26 - 27 de mayo 3-5 -10-13-16 de junio del 2017

**Informante** : Esposo y paciente

**Evaluadora** : Norma Maribel Vilavila Quispe

### II. DIAGNÓSTICO

Paciente con presencia considerable de angustia, agitación y sudoración excesiva de manos, con pérdida de estimación de sí misma, sentimientos de inutilidad y culpa, con riesgo de suicidio, sin capacidad de continuar con actividades laborales, sociales y domésticas y personales, por tales características se presume un Trastorno depresivo grave (F32.2).

### **III. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Reducir los síntomas de la depresión, mediante el uso del Modelo terapéutico Cognitivo-Conductual.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar las manifestaciones de la depresión de la paciente.
- Identificar los pensamientos saludables y dañinos
- Contrarrestar los pensamientos dañinos para fortalecer y aumentar los pensamientos saludables.
- Incrementar las actividades agradables
- Mejorar las relaciones personales y sociales.
- Fomentar una buena salud emocional y física.
- Disminuir las manifestaciones de la depresión.
- Reducir los síntomas de ansiedad, mediante la relajación.

### **IV. TECNICAS DE INTERVENCIÓN**

Conductuales

Cognitivos

Programa de relajación.

Habilidades sociales

### **V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

A continuación, describiremos el contenido y descripción del plan psicoterapéutico que consta de 2 módulos:

**MÓDULO 1:**  
**REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

Nº DE SESIÓN	TECNICA	OBJETIVO
Primera	Relajación Observación sistemática	Enseñar técnicas de relajación para que la paciente pueda aprender a afrontar sus estados de depresión ante situaciones cambiantes.  Establecer metas sobre lo que ella desea mejorar durante el transcurso de la psicoterapia.
Segunda	Observación sistemática Relajación Flooding	Continuar con la técnica de relajación.  Aplicar la técnica de “Flooding” para ir eliminando sus preocupaciones.
Tercera	Observación sistemática Relajación Flooding	Aplicar técnicas de relajación y de la técnica del flooding para que pueda desarrollar con mayor facilidad el control de sus emociones y situaciones.
Cuarta	Reestructuración Cognitiva. Entrenamiento en respiración abdominal.	Establecer técnicas de relajación para un mejor manejo de las emociones.  Modificar el modo de interpretar las cosas, el tipo de pensamiento y las valoraciones subjetivas que hacemos acerca del entorno.
Quinta	Reestructuración Cognitiva.	Restructurar “deberías” sobre los demás y sobre ella. Restructurar distorsión cognitiva “personalización”.
Sexta	Reestructuración Cognitiva.	Restructurar distorsiones cognitivas: “lector de mentes”  “Inferencias arbitrarias” en interacciones sociales.

**MODULO 2**  
**COGNITIVO- CONDUCTUALES**

<b>Nº DE SESION</b>	<b>TECNICA</b>	<b>OBJETIVO</b>
<b>1,2,3</b>	Actividades de Apego	Identificar e implementar actividades con refuerzos positivos a la conducta de la paciente que permitan comportarse de forma saludable y equilibrada consigo misma y con su entorno.
<b>1,2</b>	Habilidades Sociales	Desarrollar sus habilidades sociales para un mayor afronte de su situación actual.
<b>1,2</b>	Proyecto de vida	Desarrollar actividades personales relacionadas al proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo.

## MODULOS Y TECNICAS

### MODULO 1

#### Restructuración Cognitiva

Sesión n°1	
<b>Técnica a utilizar</b>	Relajación Observación sistemática
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Objetivos</b>	Enseñar técnicas de relajación para que la paciente pueda aprender a afrontar sus estados de ansiedad ante situaciones cambiantes, así como la ira. Establecer metas sobre lo que él desea mejorar durante el transcurso de la psicoterapia.
<b>Materiales</b>	Lapicero. Hojas bond.
<b>Desarrollo</b>	Al ingresar a la paciente a la sesión, se le explica el problema que se ha encontrado mediante las evaluaciones realizadas. Seguidamente se comenzará realizando ejercicios de respiración y relajación, para que la tensión se reduzca y así se pueda empezar con la elaboración de metas para el desarrollo de la psicoterapia. Aquí se colocará todo aquello que el paciente quiere cambiar y aquellas conductas que deseé mejorar, los ejercicios se irán realizando de manera progresiva a lo largo de todas las sesiones.

Sesión n°2	
<b>Técnica a utilizar</b>	Observación sistemática Relajación Flooding
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Objetivos</b>	Continuar con la técnica de relajación. Aplicar la técnica de “Flooding” para ir eliminando sus preocupaciones.
<b>Materiales</b>	No se utiliza materiales.
<b>Desarrollo</b>	La sesión comienza con el saludo con el paciente, se realiza nuevamente el proceso de relajación y se comienza con las metas establecidas por la paciente a través de la restructuración cognitiva. También se aplicará la técnica del flooding que nos ayudará para trabajar con los temores que presenta la paciente. También se dejarán algunas tareas, para que la paciente no deje de lado lo trabajado durante esta sesión ya que sería como reforzador constante dentro de la familia.

<b>Sesión n°3</b>	
<b>Técnica a utilizar</b>	Observación sistemática Relajación Flooding
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Objetivos</b>	Aplicar técnicas de relajación y de la técnica del flooding para que pueda desarrollar con mayor facilidad el control de sus emociones y situaciones.
<b>Materiales</b>	No se utiliza materiales.
<b>Desarrollo</b>	Se comenzará con el ingreso del paciente, se le preguntará sobre la tarea que se le encomendó, algunos comentarios acerca de la sesión anterior y alguna duda respecto a algún cambio. Se comenzará con la técnica de relajación la cual se dará de manera progresiva. Seguidamente se aplicará la técnica del flooding con los temores ya trabajados. A medida que se avanza con las sesiones se verán cambios, cada meta se irá trabajando al culminar la anterior, por lo cual el tratamiento será un poco largo pero satisfactorio para la eliminación de su depresión.

<b>Sesión 4</b>	
<b>Técnica a utilizar</b>	Reestructuración Cognitiva. Entrenamiento de la técnica de relajación.
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Objetivos</b>	Establecer técnicas de relajación para un mejor manejo de las emociones. Modificar el modo de interpretar las cosas, el tipo de pensamiento y las valoraciones subjetivas que hacemos acerca del entorno.

<b>Materiales</b>	No se utiliza materiales.
<b>Desarrollo</b>	<p>Se comenzará con el ingreso del paciente, se explica su análisis funcional, cómo se había originado el problema y cómo se estaba manteniendo. Para luego proceder con la sesión de hoy.</p> <p>Se le pide a la paciente que cierre los ojos para que empiece con la respiración y pueda relajarse poco a poco. Una vez relajada se le pide a la paciente que traiga a la mente episodios negativos que le causen sudoración, ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional para luego pasar a sustituirlo con pensamientos más racionales y así poder mitigar poco a poco los síntomas que prevalecen en ella.</p> <p>Se le pide a la paciente que practique esta técnica cada vez que tenga este tipo de sensación. Para luego continuar con la siguiente sesión.</p>

Sesión 5	
<b>Técnica a utilizar</b>	Reestructuración Cognitiva.
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Objetivos</b>	Identificar los pensamientos negativos
<b>Materiales</b>	Lapicero. Hoja bond.
<b>Desarrollo</b>	<p>Se comenzó por enseñar a identificar las distorsiones cognitivas y explicar el efecto que tiene en cómo nos sentimos. La paciente había anotado en un auto registro varias situaciones ante las que había experimentado afectación emocional, como también por quienes o quienes intervenían en dicha situación. Se le explicó que cada persona tiene su manera particular de actuar y sentir, y que cada uno es responsable de su propio bienestar, tratando de que le afecte. Se explicó que, además, las personas tienen derecho a equivocarse. Después, se enseñó a que acepte que es parte de la vida que en algún momento nosotros o los seres queridos lleguen a la muerte.</p> <p>Como muestra de su toma de conciencia, la paciente expresó que ella debe de preocuparse de su salud mental, refiriendo que primero es ella, segundo ella y tercero ella.</p> <p>Se finalizó la sesión explicando la técnica de la respiración abdominal. Se explicó el objetivo y el beneficio de la técnica y se entrenó el procedimiento de aplicación. Se informó de que era necesario entrenarla durante cuatro semanas en las que se irían modificando las condiciones de la práctica de situaciones más tranquilas a más desfavorables. Como tarea entre sesiones se pidió que practicara la respiración abdominal (respiración sentada en un lugar tranquilo durante 10 minutos).</p>

<b>Sesión 6</b>	
<b>Técnica a utilizar</b>	Reestructuración Cognitiva.
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Objetivos</b>	Reestructurar distorsiones cognitivas: “lector de mentes” e “inferencias arbitrarias” en interacciones sociales.
<b>Materiales</b>	No se utiliza materiales.
<b>Desarrollo</b>	Una vez que la paciente ingreso al servicio de Psicología se le preguntó si había tenido ningún episodio de angustia a lo largo de la semana. En esta sesión se incidió en la reestructuración de afirmaciones “deberías” centradas en ella misma: “no debo equivocarme”; trabajo y lugar de residencia porque no ha salido como me gustaría”. Se mostró cómo algunas de las dificultades experimentadas habían sido derivadas los problemas que actualmente está pasando con su mama. Como tarea para casa se le pidió entrenar la respiración abdominal II (en situaciones cotidianas: andando, delante del ordenador...) e identificar y modificar pensamientos irracionales.

## MODULO 2

### Cognitivo- Conductuales

<b>Sesión n°1</b>	
<b>Técnica a Utilizar</b>	Trabajando con las actividades diarias.
<b>Tiempo</b>	40 minutos
<b>Objetivo</b>	Controlar nuestro estado de ánimo.
<b>Descripción</b>	<p>Repasso:</p> <p>Las acciones influyen nuestro estado de ánimo.</p> <p>Los pensamientos afectan su estado de animo</p> <p>Situaciones que viven las personas que más apreciamos, afectan su estado de ánimo</p> <p>¿Cómo se sintió llenando un registro de sus actividades?</p> <p>¿Cuántas actividades hizo cada día?</p> <p><b>Desarrollo</b></p> <p>Para el desarrollo de estas actividades se indicarán los siguientes puntos.</p> <p>Más información acerca de las actividades agradables: cómo es que las actividades agradables le pueden ayudar a controlar su estado de ánimo y que son las actividades agradables</p> <p>Para sentirnos saludables emocionalmente es importante tener un número adecuado de actividades agradables.</p> <p>Haciendo actividades sin gastar mucho dinero: la lista la puede hacer con amigos cercanos, en su barrio. Es muy importante planear y programarlas.</p> <p>¿Cómo puede usar sus pensamientos para ayudar planear y disfrutar ciertas actividades?</p> <p>Haga un contrato: es importante recompensarse cuando completa su meta Recordando lo siguiente</p> <p>Que usted no necesite esperar hasta que tenga la energía de hacer algo.</p> <p>Que usted pueda decidir de algo y hacerlo de verdad</p> <p>Usted pueda influir en su estado de ánimo con sus actividades.</p>
<b>Tarea</b>	<p>Llene Termómetro del estado de animo</p> <p>Mantener el registro de las actividades en su lista.</p> <p>Hacerse un contrato</p>

Sesión n°2					
<b>Técnica a utilizar</b>	Creando su propio plan para superar la depresión				
<b>Tiempo</b>	<b>30 minutos</b>				
<b>Objetivos</b>	Obtener mayor control sobre la depresión				
<b>Descripción</b>	<p>Se le dará las siguientes indicaciones</p> <p>Para superar la depresión</p> <p>Póngase metas razonables, fíjese en las cosas positivas que usted hace incluyendo sus recompensas</p> <p>Póngase metas claras y concretas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Metas no claras</th><th>Metas claras</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estar menos deprimido</li> <li>- Ser una buena esposa, amiga.</li> <li>-Ser una buena cocinera, persona feliz.</li> <li>Cantar, de vez en cuando.</li> </ul> </td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar sus actividades agradables.</li> <li>-Pasarse una hora a la semana haciendo cosas agradables con su familia y/o amigo(a).</li> <li>- Pasar horas por semana, cocinando, tocando un instrumento, etc.</li> </ul> </td></tr> </tbody> </table> <p>Poniéndose metas realistas:</p> <p>Haga un plan para realizar sus metas: dividiendo sus metas grandes en partes pequeñas, asegúrese de que cada parte se puede llevar a cabo sin demasiado esfuerzo empiece a indagar sobre aquellas actividades de su agrado.</p>	Metas no claras	Metas claras	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estar menos deprimido</li> <li>- Ser una buena esposa, amiga.</li> <li>-Ser una buena cocinera, persona feliz.</li> <li>Cantar, de vez en cuando.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar sus actividades agradables.</li> <li>-Pasarse una hora a la semana haciendo cosas agradables con su familia y/o amigo(a).</li> <li>- Pasar horas por semana, cocinando, tocando un instrumento, etc.</li> </ul>
Metas no claras	Metas claras				
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estar menos deprimido</li> <li>- Ser una buena esposa, amiga.</li> <li>-Ser una buena cocinera, persona feliz.</li> <li>Cantar, de vez en cuando.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar sus actividades agradables.</li> <li>-Pasarse una hora a la semana haciendo cosas agradables con su familia y/o amigo(a).</li> <li>- Pasar horas por semana, cocinando, tocando un instrumento, etc.</li> </ul>				

	<p>¿Cuáles son sus metas?</p> <p>¿Existe algún obstáculo que le impida realizarla?</p> <p>Manejo de tiempo</p> <p>Haga su lista de metas que usted le gustaría lograr esta semana.</p> <p>Hágase tiempo para tener actividades agradables durante la semana</p> <p>Planear el futuro</p> <p>Hoy solamente vamos a considerar las metas individuales, es decir en las metas que solamente usted está involucrado.</p>
<b>Tarea</b>	<p>Llene Termómetro del estado de animo</p> <p>Lista de actividades</p> <p>Su plan para la semana</p> <p>Termine su lista de metas personales.</p>

## Habilidades sociales

Sesión n°1	
<b>Técnica Utilizar</b>	Habilidades sociales
<b>Tiempo</b>	40 minutos
<b>Objetivos</b>	Mejorar su habilidad interpersonal
<b>Descripción</b>	<p>Desarrollo</p> <p>Iniciamos con la explicación de las habilidades sociales e identificamos las principales limitaciones en sus relaciones interpersonales.</p> <p><b>La conducta socialmente implica tres elementos diferenciados.</b></p> <p>Tipo De Habilidad interpersonal</p> <p>Contenidos cognitivos</p> <p>El contexto o situación</p> <p>Posteriormente continuamos la sesión con las principales dimensiones del tipo de habilidad interpersonal, identificando las de menos dominio y trabajando posteriormente con ello, dentro de ellos los más frecuentes que hallamos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciar, mantener y cerrar conversaciones</li> <li>Expresar sentimientos positivos</li> <li>Recibir sentimientos positivos</li> <li>Defender los propios derechos</li> <li>Hacer peticiones o pedir favores</li> <li>Rechazar peticiones. Decir NO</li> <li>Afrontar las críticas</li> <li>Petición de cambio de una conducta.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	<p>Termómetro del estado de ánimo</p> <p>Aplicar la técnica del espejo</p> <p>Desarrollar las principales limitaciones que ubicamos en las sesiones, ello deberá ser aplicada durante la semana.</p>

Sesión n°2	
<b>Técnicas a utilizar</b>	Habilidades sociales y su entorno social
<b>Objetivo</b>	Aprender como los contactos con la gente influyen como nos sentimos.
<b>Tiempo</b>	45 minutos
<b>Descripción</b>	<p>Desarrollo:</p> <p>Se iniciará con la siguiente interrogante.</p>

	<p>¿Es la depresión la que causa que las personas sean menos sociables? O ¿el ser menos sociable causa que las personas se depriman?</p> <p>Lo más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas</p> <p>La importancia del apoyo social: los contactos que tenemos con nuestra familia y amigos crean una especie de red social protectora o red de apoyo social. En general entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles. Esta gente pueden ser familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos.</p> <p>Dos principios importantes para tenerlos en mente para el futuro Si su red de apoyo social es demasiado pequeña, agrándela. Su red es demasiado pequeña si usted no tiene alguien de confianza con quien platicar y decirle sus cosas.</p> <p>Si su red es adecuada y de un buen tamaño, apréciela y trate de mantenerla sana y fuerte</p> <p>Conociendo a otras personas</p> <p>¿Cómo hacer amistades? La forma más fácil de conocer a otros es hacer algo que a usted le gusta hacer, pero en compañía de otras personas. Cuando usted está haciendo algo que le guste, es más probable que este de buen humor.</p> <p>Aunque no conozca a nadie usted estará realizando una actividad placentera.</p> <p>Como el enfoque principal está en la actividad que usted estará haciendo y no es conocer a otras personas, es más probable que usted sienta menos presión que la que sentiría si el único propósito fuera conocer otras personas.</p> <p>Mantener sana su red de apoyo social</p> <p>El contacto con otros es muy importante: Ya sea por teléfono o en persona. Sugerir una actividad para compartir con otras personas. Finalmente reforzaremos en pensamientos que puedan bloquear esto como: “me van a rechazar”, “me aceptaran solo porque son amables”, “no querrán salir conmigo de conocerme”.</p>
--	--

<b>Tarea</b>	Termómetro del ánimo. Programa de asertividad semanal: anote los contactos que tuvo con otros(as), anote un “+” si el contacto fue positivo, y un “–“si el contacto fue negativo.
--------------	--

## Proyecto de vida

Sesión n°1	
<b>Técnica a utilizar</b>	Toma de Decisiones
<b>Objetivo</b>	Identificar los objetivos personales
<b>Materiales</b>	Ficha de observación
<b>Tiempo</b>	30 minutos
<b>Descripción</b>	<p><b>Desarrollo</b></p> <p>Junto a la paciente desarrollaremos y reflexionaremos sobre las siguientes preguntas con la finalidad de que supere su actual situación.</p> <p>¿Cómo soy?</p> <p>¿Qué quiero? Y ¿Cuáles son mis oportunidades? Para lo cual desarrollaremos el FODA, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas</p> <p>Para comenzar un análisis FODA se debe hacer una distinción crucial entre las cuatro variables por separado y determinar qué elementos corresponden a cada una.</p> <p>¿Qué Quiero lograr? (ello se refiere a nuestra visión personal) Reflexionando con las siguientes preguntas</p> <p>¿Cómo te ves?</p> <p>¿Qué estás haciendo?</p> <p>¿Con quién estás?</p> <p>¿En dónde estás?</p> <p>¿Cómo te sientes en ese momento?</p>
<b>Tarea</b>	Evaluarse el termómetro de ánimo. Realizar listado de metas a desarrollar.

Sesión n°2								
<b>Técnica a Utilizar</b>	Visión a futuro							
<b>Objetivo</b>	Identificar y desarrollar metas a corto, media y largo plazo.							
<b>Materiales</b>	Ficha de observación							
<b>Tiempo</b>	30 minutos							
<b>Descripción</b>	<p>Repasso.</p> <p>Se mediará el termómetro del estado de ánimo y posteriormente se desarrollará las siguientes interrogantes</p> <p>¿Lograste reconocer tus prioridades, metas y objetivos?</p> <p>Menciona cuales fueron tus dificultades</p> <p>Desarrollo</p> <p>Junto a la paciente identificaremos y desarrollaremos temas relacionados a su proyecto de vida mediante el siguiente esquema. Ejemplo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Meta</th><th>Plazo/objetivos</th><th>Pasos para la realización</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ejemplo: Estudiar enfermería y traer ayuda a mi localidad para mejorar el área de la salud.</td><td>Corto plazo: Trabajar y tener mis propios ingresos económicos - Averiguar oportunidades de trabajo que me podrían convenir.</td><td>Organizar mejor mí tiempo, establecer un horario. - Ser una trabajadora ejemplar. -Prepararme y obtener conocimientos en las labores que realizo.</td></tr> </tbody> </table> <p>Finalmente realizaremos una agenda de objetivos a realizar, a corto, a media y largo plazo, indicando un orden identificando fechas para la elaboración de cada una de ellas siendo lo más realista posible.</p>		Meta	Plazo/objetivos	Pasos para la realización	Ejemplo: Estudiar enfermería y traer ayuda a mi localidad para mejorar el área de la salud.	Corto plazo: Trabajar y tener mis propios ingresos económicos - Averiguar oportunidades de trabajo que me podrían convenir.	Organizar mejor mí tiempo, establecer un horario. - Ser una trabajadora ejemplar. -Prepararme y obtener conocimientos en las labores que realizo.
Meta	Plazo/objetivos	Pasos para la realización						
Ejemplo: Estudiar enfermería y traer ayuda a mi localidad para mejorar el área de la salud.	Corto plazo: Trabajar y tener mis propios ingresos económicos - Averiguar oportunidades de trabajo que me podrían convenir.	Organizar mejor mí tiempo, establecer un horario. - Ser una trabajadora ejemplar. -Prepararme y obtener conocimientos en las labores que realizo.						

## SEGUIMIENTO.

<b>Sesión n°1</b>	
<b>Técnica a utilizar</b>	Entrevista abierta. Reestructuración Cognitiva.
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Objetivos</b>	Motivar a la aplicación de estrategias que ya tiene: reestructuración cognitiva y habilidades asertivas. Incidir en reestructuración cognitiva.
<b>Materiales</b>	No se utiliza materiales.
<b>Desarrollo</b>	<p>Una vez iniciada la sesión se comentaron las dificultades encontradas al poner en práctica la habilidad de tomar el turno de palabra.</p> <p>A continuación, se inició el entrenamiento en la habilidad de expresar desagrado y pedir cambio de conducta. Se discutieron los impedimentos que presentaba el paciente para aplicarla a su vida cotidiana. Para finalizar la sesión se enseñó la técnica de parada de pensamiento. Se explicó el objetivo y la utilidad de la técnica, con el fin de aplicarla ante los pensamientos de angustia que la paciente presentaba, y que duraban horas.</p> <p>A continuación, se entrenó en sesión. Se pidieron las siguientes tareas para casa: entrenar relajación, entrenar la técnica de parada de pensamiento diariamente, practicar la habilidad de expresar desagrado y pedir cambio. Finalizamos el entrenamiento en respiración y, se propuso, utilizar la técnica en momentos de ansiedad.</p>

<b>Sesión n°2</b>	
<b>Técnica a utilizar</b>	Entrevista abierta. Reestructuración Cognitiva.
<b>Duración</b>	1 hora
<b>Objetivos</b>	Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos. Afrontamiento de problemas futuros. Incidir en reestructuración.
<b>Materiales</b>	No se utiliza materiales.
<b>Desarrollo</b>	En esta sesión se reforzará las estrategias aplicadas en sesiones anteriores, el cómo podría afrontar una situación ansiosa o estresante. Pedir al paciente que practique constantemente la reestructuración cognitiva, para que cuente con estrategias de prevención y manejo de la ansiedad.

## **TIEMPO DE EJECUCION**

El tiempo de ejecución del plan psicoterapéutico es de 3 veces por semana, mes y medio con una duración de 1 hora diaria.

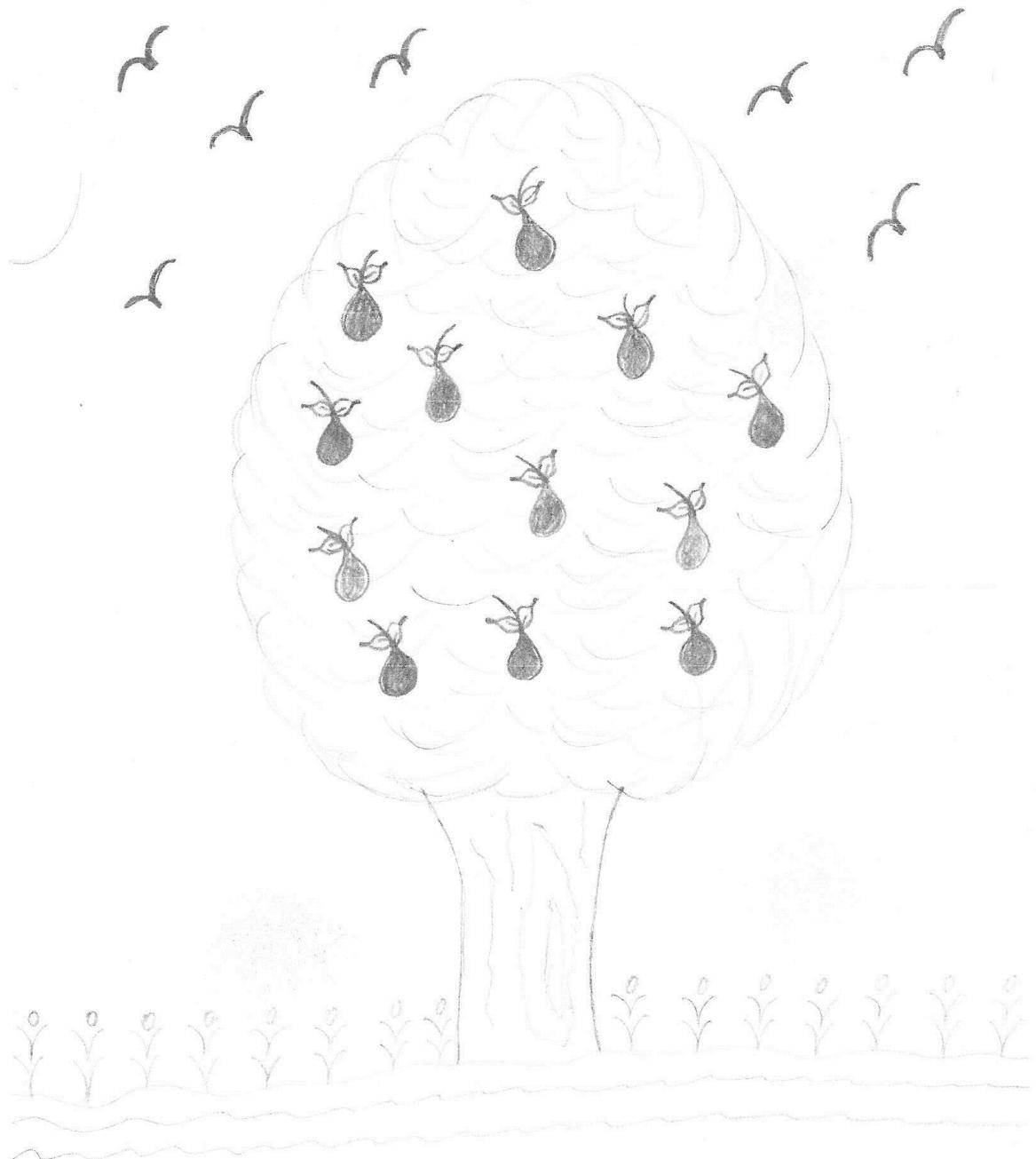
## **AVANCES TERAPEUTICOS**

Se ha podido observar que paciente responde de manera positiva los avances terapéuticos, observando mejoría.

**Arequipa 30 de Julio 2017**

.....  
**Norma Maribel Vilavila Quispe Bachiller**  
**en Psicología**

# **ANEXOS DE CASO**



Giannina Fiorini Giadalah



## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre: Giannina Fiorini Giadalah Fecha: 15-05-2017

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la información que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una información que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

1. 0 No me siento triste.  
1 Me siento triste.  
 ② Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.  
1 Me siento desanimado de cara al futuro  
2 Siento que no hay nada por lo que luchar.  
 ③ El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorán,
3. 0 No me siento como un fracasado  
1 He fracasado más que la mayoría de las personas.  
 ② Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.  
3 Soy un fracaso total como persona.
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.  
 ③ Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.  
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
 ② Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
3 Me siento culpable constantemente.
6. 0 No creo que esté siendo castigado.  
1 Siento que quizás esté siendo castigado.  
2 Espero ser castigado.  
 ③ Siento que estoy siendo castigado.
7. 0 No estoy descontento de mí mismo.  
1 Estoy descontento de mí mismo.  
 ② Estoy a disgusto conmigo mismo.  
3 Me detesto.
8. 0 No me considero peor que cualquier otro.  
 ① Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.  
2 Continuamente me culpo por mis faltas.  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré  
 ② Desearía poner fin a mi vida  
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad



**INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)**  
HOJA DE RESPUESTA

APELLIDO PATERNO <b>FIORINI</b>	APELLIDO MATERNO <b>GIADALAH</b>	NOMBRE(S) <b>GIANNINA PAOLA</b>
SEXO MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO AÑO 73 AÑO 09 DIA 06	LUGAR DE NACIMIENTO <b>MOLLENDO</b>
FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>		

Marque con un aspa (X) la letra V (Verdadero) o F (Falso), según sea su respuesta:

1 V <input checked="" type="checkbox"/>	31 V <input checked="" type="checkbox"/> F	61 V <input checked="" type="checkbox"/> F	91 V <input checked="" type="checkbox"/> F	121 V <input checked="" type="checkbox"/> F	151 V <input checked="" type="checkbox"/> F
2 X F <input checked="" type="checkbox"/>	32 V <input checked="" type="checkbox"/> F	62 V <input checked="" type="checkbox"/> F	92 V <input checked="" type="checkbox"/> F	122 V <input checked="" type="checkbox"/> F	152 V <input checked="" type="checkbox"/> F
3 X F <input checked="" type="checkbox"/>	33 V <input checked="" type="checkbox"/> F	63 V <input checked="" type="checkbox"/> F	93 V <input checked="" type="checkbox"/> F	123 V <input checked="" type="checkbox"/> F	153 V <input checked="" type="checkbox"/> F
4 V F <input checked="" type="checkbox"/>	34 V <input checked="" type="checkbox"/> F	64 V <input checked="" type="checkbox"/> F	94 V <input checked="" type="checkbox"/> F	124 V <input checked="" type="checkbox"/> F	154 V <input checked="" type="checkbox"/> F
5 V F <input checked="" type="checkbox"/>	35 V <input checked="" type="checkbox"/> F	65 V <input checked="" type="checkbox"/> F	95 V <input checked="" type="checkbox"/> F	125 V <input checked="" type="checkbox"/> F	155 V <input checked="" type="checkbox"/> F
6 V <input checked="" type="checkbox"/>	36 V <input checked="" type="checkbox"/> F	66 V <input checked="" type="checkbox"/> F	96 V <input checked="" type="checkbox"/> F	126 V <input checked="" type="checkbox"/> F	156 V <input checked="" type="checkbox"/> F
7 V <input checked="" type="checkbox"/>	37 V <input checked="" type="checkbox"/> F	67 V <input checked="" type="checkbox"/> F	97 V <input checked="" type="checkbox"/> F	127 V <input checked="" type="checkbox"/> F	157 V <input checked="" type="checkbox"/> F
8 X F <input checked="" type="checkbox"/>	38 V <input checked="" type="checkbox"/> F	68 V <input checked="" type="checkbox"/> F	98 V <input checked="" type="checkbox"/> F	128 V <input checked="" type="checkbox"/> F	158 V <input checked="" type="checkbox"/> F
9 X F <input checked="" type="checkbox"/>	39 V <input checked="" type="checkbox"/> F	69 V <input checked="" type="checkbox"/> F	99 V <input checked="" type="checkbox"/> F	129 V <input checked="" type="checkbox"/> F	159 V <input checked="" type="checkbox"/> F
10 V <input checked="" type="checkbox"/>	40 V <input checked="" type="checkbox"/> F	70 V <input checked="" type="checkbox"/> F	100 V <input checked="" type="checkbox"/> F	130 V <input checked="" type="checkbox"/> F	160 V <input checked="" type="checkbox"/> F
11 X F <input checked="" type="checkbox"/>	41 V <input checked="" type="checkbox"/> F	71 V <input checked="" type="checkbox"/> F	101 V <input checked="" type="checkbox"/> F	131 V <input checked="" type="checkbox"/> F	161 V <input checked="" type="checkbox"/> F
12 V <input checked="" type="checkbox"/>	42 V <input checked="" type="checkbox"/> F	72 V <input checked="" type="checkbox"/> F	102 V <input checked="" type="checkbox"/> F	132 V <input checked="" type="checkbox"/> F	162 V <input checked="" type="checkbox"/> F
13 V <input checked="" type="checkbox"/>	43 V <input checked="" type="checkbox"/> F	73 V <input checked="" type="checkbox"/> F	103 V <input checked="" type="checkbox"/> F	133 V <input checked="" type="checkbox"/> F	163 V <input checked="" type="checkbox"/> F
14 V <input checked="" type="checkbox"/>	44 V <input checked="" type="checkbox"/> F	74 V <input checked="" type="checkbox"/> F	104 V <input checked="" type="checkbox"/> F	134 V <input checked="" type="checkbox"/> F	164 V <input checked="" type="checkbox"/> F
15 V <input checked="" type="checkbox"/>	45 V <input checked="" type="checkbox"/> F	75 V <input checked="" type="checkbox"/> F	105 V <input checked="" type="checkbox"/> F	135 V <input checked="" type="checkbox"/> F	165 V <input checked="" type="checkbox"/> F
16 X F <input checked="" type="checkbox"/>	46 V <input checked="" type="checkbox"/> F	76 V <input checked="" type="checkbox"/> F	106 V <input checked="" type="checkbox"/> F	136 V <input checked="" type="checkbox"/> F	166 V <input checked="" type="checkbox"/> F
17 V <input checked="" type="checkbox"/>	47 V <input checked="" type="checkbox"/> F	77 V <input checked="" type="checkbox"/> F	107 V <input checked="" type="checkbox"/> F	137 V <input checked="" type="checkbox"/> F	167 V <input checked="" type="checkbox"/> F
18 V <input checked="" type="checkbox"/>	48 V <input checked="" type="checkbox"/> F	78 V <input checked="" type="checkbox"/> F	108 V <input checked="" type="checkbox"/> F	138 V <input checked="" type="checkbox"/> F	168 V <input checked="" type="checkbox"/> F
19 X F <input checked="" type="checkbox"/>	49 V <input checked="" type="checkbox"/> F	79 V <input checked="" type="checkbox"/> F	109 V <input checked="" type="checkbox"/> F	139 V <input checked="" type="checkbox"/> F	169 V <input checked="" type="checkbox"/> F
20 X F <input checked="" type="checkbox"/>	50 V <input checked="" type="checkbox"/> F	80 V <input checked="" type="checkbox"/> F	110 V <input checked="" type="checkbox"/> F	140 V <input checked="" type="checkbox"/> F	170 V <input checked="" type="checkbox"/> F
21 X F <input checked="" type="checkbox"/>	51 V <input checked="" type="checkbox"/> F	81 V <input checked="" type="checkbox"/> F	111 V <input checked="" type="checkbox"/> F	141 V <input checked="" type="checkbox"/> F	171 V <input checked="" type="checkbox"/> F
22 X F <input checked="" type="checkbox"/>	52 V <input checked="" type="checkbox"/> F	82 V <input checked="" type="checkbox"/> F	112 V <input checked="" type="checkbox"/> F	142 V <input checked="" type="checkbox"/> F	172 V <input checked="" type="checkbox"/> F
23 V <input checked="" type="checkbox"/>	53 V <input checked="" type="checkbox"/> F	83 V <input checked="" type="checkbox"/> F	113 V <input checked="" type="checkbox"/> F	143 V <input checked="" type="checkbox"/> F	173 V <input checked="" type="checkbox"/> F
24 X F <input checked="" type="checkbox"/>	54 V <input checked="" type="checkbox"/> F	84 V <input checked="" type="checkbox"/> F	114 V <input checked="" type="checkbox"/> F	144 V <input checked="" type="checkbox"/> F	174 V <input checked="" type="checkbox"/> F
25 X F <input checked="" type="checkbox"/>	55 V <input checked="" type="checkbox"/> F	85 V <input checked="" type="checkbox"/> F	115 V <input checked="" type="checkbox"/> F	145 V <input checked="" type="checkbox"/> F	175 V <input checked="" type="checkbox"/> F
26 X F <input checked="" type="checkbox"/>	56 V <input checked="" type="checkbox"/> F	86 V <input checked="" type="checkbox"/> F	116 V <input checked="" type="checkbox"/> F	146 V <input checked="" type="checkbox"/> F	
27 X F <input checked="" type="checkbox"/>	57 V <input checked="" type="checkbox"/> F	87 V <input checked="" type="checkbox"/> F	117 V <input checked="" type="checkbox"/> F	147 V <input checked="" type="checkbox"/> F	
28 V <input checked="" type="checkbox"/>	58 V <input checked="" type="checkbox"/> F	88 V <input checked="" type="checkbox"/> F	118 V <input checked="" type="checkbox"/> F	148 V <input checked="" type="checkbox"/> F	
29 V <input checked="" type="checkbox"/>	59 V <input checked="" type="checkbox"/> F	89 V <input checked="" type="checkbox"/> F	119 V <input checked="" type="checkbox"/> F	149 V <input checked="" type="checkbox"/> F	
30 V <input checked="" type="checkbox"/>	60 V <input checked="" type="checkbox"/> F	90 V <input checked="" type="checkbox"/> F	120 V <input checked="" type="checkbox"/> F	150 V <input checked="" type="checkbox"/> F	

### ESCALA DE ZUNG

#### DEPRESIÓN

NOMBRE: Giannina Fiorini Giadalalh.

MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

- 1 ME SIENTO TRISTE Y DECAÍDO
- 2 POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR
- 3 TENGO GANAS DE LLORAR Y A VECES LLORO
- 4 ME GUSTA MUCHO DORMIR POR LAS NOCHES
- 5 COMO IGUAL QUE ANTES
- 6 AÚN TENGO DESEOS SEXUALES
- 7 NOTO QUE ESTOY ADELGAZANDO
- 8 ESTOY ESTREÑIDO
- 9 EL CORAZÓN ME LATE MÁS RÁPIDO QUE ANTES
- 10 ME CANSO SIN MOTIVO
- 11 MI MENTE ESTÁ TAN DESPEJADA COMO ANTES
- 12 HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES
- 13 ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO
- 14 TENGO CONFIANZA EN EL FUTURO
- 15 ESTOY MÁS IRRITABLE QUE ANTES
- 16 ENCUENTRO FÁCIL TOMAR DECISIONES
- 17 SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO
- 18 ENCUENTRO AGRADABLE VIVIR
- 19 CREO QUE SERÍA MEJOR PARA LOS DEMÁS SI ESTUVIERA MUERTO
- 20 ME GUSTAN LAS MISMAS COSAS QUE ANTE

MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1

PUNTAJE TOTAL: 67

ÍNDICE DE VALORACIÓN DE DEPRESIÓN							
PUNTOS	INDICE EAD=	PUNTOS	INDICE EAD	PUNTOS	INDICE EAD	PUNTOS	INDICE
20	25	36	45	52	65	68	85
21	26	37	46	53	66	69	86
22	28	38	48	54	68	70	88
23	29	39	49	55	69	71	89
24	30	40	50	56	70	72	90
25	31	41	51	57	71	73	91
26	33	42	53	58	73	74	93
27	34	43	54	59	74	75	94
28	35	44	55	60	75	76	95
29	36	45	56	61	76	77	96
30	38	46	58	62	78	78	98
31	39	47	59	63	79	79	99
32	40	48	60	64	80	80	100
33	41	49	61	65	81		
34	43	50	63	66	83		
35	44	51	64	67	84		

ÍNDICE EAD	INTERPRETACIÓN
MENOS DE 50	DENTRO DE LÍMITES NORMALES
50 - 59	DEPRESIÓN LEVE MODERADA
60 - 69	DEPRESIÓN MODERADA INTENSA
70 A MÁS	DEPRESIÓN INTENSA

# **ANEXOS PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

### **AUTOREGISTRO**

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)

## **Instrucciones para usar El Termómetro Del Ánimo Diario**

Para empezar a ver sus cambios de ánimo usted anotara su estado de ánimo diario usando el TERMOMETRO DE ÁNIMO DIARIO.

Para que este ejercicio valga, usted debe llenar el TERMOMETRO DE ÁNIMO DIARIO todos los días.

Instrucciones:

Justo antes de acostarse, saque el termómetro de ánimo diario Piense sobre el día y decida cuál fue su estado d ánimo ese día.

Elije el número que representa como usted se sintió ese día

<b>“9”</b>	: significa el mejor estado de ánimo que usted se puede imaginar (se usará este número solamente en los “días más felices de su vida” entonces no es probable que se ocupará mucho)
<b>“5”</b>	: significa que su estado de ánimo es mediocre (este es el estado de ánimo normal que tiene la gente la mayoría del tiempo. Es el estado de ánimo que usted normalmente tiene en los días cuando no está deprimido(a).
<b>“1”</b>	: significa el peor estado de ánimo que usted puede imaginar (se usará este número solamente en los “días más terribles de su vida” entonces no es probable que se usará mucho)

**Instrucciones para las sesiones futuras sobre “los pensamientos”.**

Al final del termómetro también hay un lugar donde debe anotar el número de pensamientos que tiene cada día. De esta manera usted puede ver como las cosas que tratamos de enseñar cada semana afectan su depresión

<b>TERMOMETRO DEL ÁNIMO</b>								
Semana #								
Nombre								
Día								
<b>Estado de Ánimo</b>	El mejor	9	9	9	9	9	9	9
	Bastante mejor	8	8	8	8	8	8	8
	Mejor	7	7	7	7	7	7	7
	Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
	Regular	5	5	5	5	5	5	5
	Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	
	Peor	3	3	3	3	3	3	3
	Bastante peor	2	2	2	2	2	2	2
	El peor	1	1	1	1	1	1	1
Número de pensamientos								
Positivos								
Negativos								
<b>Anotaciones:</b>								

## **LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES**

Ponga una marca (✓) a las actividades que tuvo el día de hoy:	Día:	
1. Ponerme ropa que me gusta		
2. Estar fuera de casa (playa, campo...)		
3. Ayudar a grupos que respeto		
4. Hablar de deportes		
5. Ver o participar en deportes		
6. Ir al teatro, concierto, ballet...		
7. Planear viajes o vacaciones		
8. Comprar cosas		
9. Hacer artesanías		
10. Leer trabajos sagrados (biblia, etc.)		
11. Arreglar mi cuarto y mi casa		
12. Leer libros o revistas		
13. Escuchar pláticas, sermones...		
14. Manejar autos bien		
15. Pasear en barco canoas, lancha de remos...		
16. Mirar televisión		
17. Arreglar vehículos: carro, bicicleta...		
18. Jugar con juegos de mesa (naipes...)		
19. Terminar una tarea difícil		
20. Solucionar un rompecabezas, crucigrama...		
21. Tomar un baño caliente		
22. Escribir historias, poesía, música...		
23. Viajar en avión		
24. Cantar		
25. Hacer mi trabajo		
26. Ir a la iglesia		
27. Asistir a una junta		
28. Tocar un instrumento musical		
29. Tomar una siesta		
30. Solucionar un problema personal		
31. Ponerse maquillaje, arreglarse el pelo...		
32. Visitar a los enfermos		
33. Hacer trabajo al aire libre		
34. Sentarse a tomar el sol		
35. Ir a una feria, zoológico, parque...		
36. Planear o organizar algo		
37. Ver, escuchar, u oler la naturaleza		
38. Escuchar la radio		
39. Dar regalos		
40. Tomar fotografías		
41. Recojer objetos naturales, piedras, hojas...		
42. Trabajar en negocios		
43. Ayudar o proteger a alguien		
44. Escuchar bromas		
45. Ver paisajes bonitos		
46. Comer buenas comidas		
47. Mejorar mi salud (arreglarme los dientes...)		
48. Estar en el centro de la ciudad		
49. Ir al museo o a una exhibición		
50. Hacer bien un trabajo		

51. Prestar algo
52. Ir a un club deportivo, baño sauna...
53. Aprender a hacer algo nuevo
54. Estar con mis familiares
55. Protestar condiciones sociales, políticas...
56. Hablar por teléfono
57. Soñar despierto(a)
58. Ir al cine
59. Besar
60. Distribuir mi tiempo
61. Cocinar
62. Hacer trabajos en casa
63. Comer fuera (restaurantes...)
64. Recordar, hablar de viejos tiempos
65. Levantarse temprano en la mañana
66. Visitar amigos
67. Escribir en un diario
68. Decir oraciones o rezos
69. Meditar, hacer yoga...
70. Leer el periódico
71. Hacer ejercicio
72. Caminar descalzo(a)
73. Jugar frisbee
74. Escuchar música
75. Coser o tejer
76. Ir al peluquero o salón de belleza
77. Estar con alguien que amo
78. Tomar una siesta a mediodía
79. Empezar un proyecto nuevo
80. Ir a la biblioteca
81. Preparar una comida nueva o especial
82. Mirar a la gente
83. Hacer o mirar una fogata
84. Vender o cambiar algo
85. Reparar cosas
86. Andar en bicicleta
87. Escribir cartas, tarjetas, o notas
88. Ir a una fiesta
89. Cuidar plantas
90. Salir a caminar
91. Coleccionar cosas
92. Hacer cosas con niños
93. Dormir tarde
94. Ir a bazares, "garage sales"
95. Viajar
96. Jugar con animalitos (perritos, gatitos)
97. Leer cuentos, libros cómicos
98. Usar mi fuerza
99. Considerar una pregunta interesante
100. Hacer trabajo voluntario

**TOTAL CADA DIA:**

# **KORINA VILCA PILCO**

## **CASO 2**

## ANAMNESIS

### **1. DATOS DE FILIACION**

Nombres y apellidos : Elizabeth  
Fecha de nacimiento : 16 de julio 1999  
Edad : 18 años  
Lugar de nacimiento : Cusco  
Sexo : Femenino  
Grado de instrucción : Secundaria completa  
Estado Civil : Soltera  
Procedencia : La Joya  
Ocupación : Estudiante  
Informante : La Madre  
Referente : La Paciente  
Lugar de entrevista : Puesto de Salud Leopoldo Rondon C.  
Fechas de entrevista : 13/07/2017  
                          20/07/2017  
                          10/08/2017  
                          24/08/2017  
Nombre de la evaluadora : Korina Vilca Pilco

### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente acude al servicio de psicología acompañada de la madre, para recibir orientación vocacional pues va a postular a la universidad, situación preocupante para ambas, además la

madre hace mención que su hija come muy poco; “como hago para que coma más”, “no sé qué hacer con ella”.

### **3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O ANTECEDENTES**

La paciente acude a recibir orientación vocacional y su madre pide ayuda para Elizabeth por que come poco, la paciente no sabe cuándo empezó pero la madre manifiesta que con la llegada de sus hermanitos que tienen 7, 3 y 1 año se hiso notoria la inapetencia en la joven, diciendo primero “no tengo mucha hambre”, luego “mis hermanos necesitan comer más que yo”, Elizabeth durante estos 3 últimos años se ha sentido preocupada por la economía del hogar y priorizando la alimentación de sus hermanos ante ella, también en el presente año aumentó su preocupación por ingresar a la universidad y el no ingresar le da miedo, pues no sabría qué hacer, ya que la pareja de la mamá es quien paga la academia y esto le provoca mucha preocupación. Es así que ella siente: temor inseguridad, ansiedad, preocupación, frialdad afectiva e incapacidad de manifestar sus emociones, apatía e indiferencia.

Desde niña Elizabeth se encontraba bajo contradicciones e inseguridades afectivas pues por un lado estaba la madre protectora y muy pendiente de las necesidades de Elizabeth, también estaba el abandono del padre y su agresión sexual a hacia la hija por parte del padre biológico, quien le tocó las partes íntimas cuando Elizabeth tenía 6 años, esto sucedió porque la madre pedía la mantención que por derecho le correspondía a la hija de ambos y por esto, el padre biológico exigió llevarla con él por un día, la madre acepta y refiere: “el hombre no me devuelve a mi hija hasta el 3er día en que yo también exijo

que me la devuelva”, desde entonces Elizabeth paso casi 6 años de su vida bajo el cuidado y la sobreprotección de su madre.

En la etapa preescolar las profesoras le decían a la madre que no le mande mucho refrigerio a Elizabeth pues no lo terminaba pese a que compartía con sus compañeros, en la etapa escolar según la madre no hubo ninguna complicación de salud ni problemas en la escuela era estudiante promedio, compartía actividades académicas y juegos con sus compañeros, esto antes de decidir juntas, venir a Arequipa-La Joya; donde la madre conoce a su actual pareja y con quien tiene 3 hijos, en secundaria y en la academia Elizabeth solo ha tenido una amiga cercana, .

Desde que su madre decide convivir con su actual pareja Elizabeth se siente apresurada para comer, la actual pareja de su madre siempre les dice rápido y también cuando salen de compras es apresurado, luego con la llegada de sus hermanitos se preocupa por la alimentación de ellos y disminuyendo su alimentación, y también por la economía de la familia, ya que no les alcanza mucha veces para la comida, teniendo que dejar de comer la madre para que sus hijos coman, Elizabeth también se siente responsable y culpable por ser ella quien coma y no les alcance comida a sus hermanos, por eso ella también deja de comer, y hasta le da a su hermano de su plato, hace un año la madre preocupada por la mala alimentación de Elizabeth (16 años) decide mandarla con los tíos de parte de su actual pareja, que viven en el campo y con quienes compartió 3 meses, donde ella subió de peso y se “la veía con más cuerpo”, pero Elizabeth regresa con su mamá y sus 3 hermanos por que varias noches se la pasaba llorando, se sentía incomoda, sola y triste, los extrañaba mucho pese a que su mamá se ocupa más de ellos, les da más tiempo y no conversan mucho así como no se sienta la mamá a tomar el desayuno junto con sus hijos es la última en comer y si queda algo,

Actualmente Elizabeth se encuentra preocupada por su ingreso a la universidad, y tiene miedo de no ingresar, ella sale temprano para la academia y no tiene mucho tiempo para comer, Elizabeth tiene el deseo superarse y “ser alguien en la vida” y pronto poder ayudar a su familia económicamente, su meta más importante ahora es ingresar a la universidad. En la entrevista a Elizabeth se la observa en todo momento con la cabeza gacha con las manos juntas e inquietas, se mueve constante mente y sin ninguna expresión.

La relación con su madre dice que es buena pese a que hablan poco y pasa más tiempo con sus hermanos menores, solo le incomoda que la obligue a comer y hay ocasiones en que le da un plato grande y no puede pasar la comida, siente que tiene una gran bola que no puede pasar por su garganta. Con la “pareja de la madre” hablan por teléfono pues él está trabajando en la Joya y es el único sustento económico, Elizabeth se inquieta al hablar del padre biológico pues los recuerdos que vivió con él son desagradables pues tomaba con sus vecinos o compañeros de trabajo y cuando llegaba a casa se ponía agresivo, gritaba y llegó a golpear a su madre, ella menciona que por eso le tenía miedo a su padre, en secundaria la pareja de la madre les reprochaba a ella y sus hermanas menor el dinero que pedían para trabajos escolares o copias, después de esto al terminar la secundaria se vienen a Arequipa para que ella pueda ir a una academia por pedido de la mamá y para que tenga ella más oportunidad de estudiar una carrera universitaria, pese al apoyo económico que le da la pareja de su madre, no siempre alcanza para todos los gastos y ella piensa que su mamá es la que no come nada por alimentar a sus hijos.

#### **4. ANTECEDENTES PERSONALES**

La madre manifiesta que Elizabeth no era esperada por ambos padres y que el embarazo duró 9 meses, no tuvo accidentes ni otra complicación, las náuseas y mareos se presentaron en el 2do y 3er mes de gestación, cuando le comunica al padre que está embarazada él le ofrece el dinero para que aborte y ella se niega, durante los meses de gestación, se cuida y protege a su bebé recibe atención médica prenatal en la posta del pueblo donde vivía en ese tiempo, el parto fue normal y cefálico, atendido por una obstetra, no lloró al nacer por lo que tuvieron que sacudirla de inmediato y evitar que se tome líquido. Nace en un poblado alejado de la ciudad de Cusco, es llevada al hospital después de 10 días para la revisión médica y le dijeron a la madre que la bebé estaba bien de salud, pero que tenía un pezón mamario adicional a lo normal, al seguir los controles de niño sano, el desarrollo físico y psicomotor era normal, su lenguaje se presentó al tiempo normal, era fuerte y claro, no tuvo problemas de pronunciación, a los tres años Elizabeth sufrió un accidente cayéndose de una banca contra el suelo, desmayándose además esto le provocó una fuerte hemorragia, sangrando por la nariz y también por las orina y heces. De inmediato recibió atención médica y fue internada en el hospital por 3 días.

En el jardín y la primaria la mamá de Elizabeth le mandaba bastante refrigerio, tanto que no acababa pese a compartirlo con sus compañeros, en esta etapa Elizabeth fue muy juguetona y confiada, sus amistades eran mixtas y participaba de los juegos en grupo, durante la primaria su alimentación fue normal, aunque no le agradaba las verduras. Los 11 años que Elizabeth ha vivido sola con su madre fue de bastante atención hacia su hija, mucha preocupación, la madre siempre fue su soporte económico, afectivo-emocional y estaba muy atenta a sus necesidades.

Cuando Elizabeth tenía 5 años su papá la abandonó ese tiempo fue difícil para ella y su mamá quien se puso a trabajar para que no les faltaría nada, al pedir la mensualidad para Elizabeth el papá le pide ver a la niña y luego llevarla con él por un día, el padre de Elizabeth, no devolvía a su hija hasta el 3er día y entonces en ese tiempo le tocó las partes íntimas de la niña, esto cuando la niña tenía aproximadamente 6 años. Según la versión de la mamá no podía dormir los días siguientes a esa desagradable experiencia, algunas veces tenía pesadillas y tampoco la mandó al colegio por unos días, antes de esto Elizabeth asistía y cumplía con los deberes académicos con agrado y le gustaba jugar con sus compañeros, luego de unos días con el cuidado y amor de la madre Elizabeth se recuperó y realizaba sus actividades cotidianas con total normalidad, Luego de cinco años ellas deciden venir a Arequipa, y luego de un tiempo Elizabeth enferma de los bronquios, pero se recupera rápido por lo que no le dan mucha importancia, aquí también la mamá conoce a su actual pareja y al que en todo momento llama papá, Elizabeth desde secundaria hasta ahora, en la academia, solo ha tenido una amiga, pues es desconfiada y no le gusta hablar con personas que no sean de su familia, en primaria no fue así, y en la joya “algunas chicas eran creídas”

La información sobre sexualidad la recibió claramente en el colegio en tutoría, en casa, la madre también le habla pero de que “los hombres son malos” y siempre le aconseja que deba conocer bien a los chicos, esto también le ha generado temor y desconfianza, además de que el padre biológico incentivó este temor al tocarle las partes íntimas, de niña no se dio cuenta ni entendió lo que pasó, pero cuando estaba en secundaria y comprendió se asustó, sentía un gran rechazo hacia su padre biológico, desde entonces suprimió todo recuerdo de él tanto así que llama papá a la actual pareja de su madre. La menarquia le llegó a los 11 años, Elizabeth manifiesta que no ha tenido enamorado, no le gusta tampoco

ningún chico en la actualidad, así también niega haber tenido relaciones coitales hasta la última consulta, es aún más tímida con el sexo opuesto y teme que la lastimen, incluso tiene miedo de contestar el celular si es número desconocido, desde la secundaria hasta ahora, Elizabeth reconoce que no ha tenido más que una amiga de confianza en la secundaria, en la academia hiso solo una amiga, con quien algunas veces sale a tomar un helado, realizan cortas caminatas y conversaciones telefónicas, en el centro de estudios Elizabeth dice sentirse algunas veces incomoda pues sus compañeras y compañeros conversan de enamorados(as) y juegan bastante con el celular, muchos de sus compañeros tienen los más modernos y sofisticados equipos, así también muchos de ellos pueden realizar la compra de sus antojos como gaseosas y golosinas, Elizabeth ante esto ella piensa en sus hermanos y aunque ella lleva su refrigerio a veces de casa, un sándwich o fruta y en ocasiones dinero que no es mucho, sin embargo prefiere ahorrarlo para comprarles alguna golosina para sus hermanos, y en otras ocasiones le da vergüenza sacar su refrigerio y comer ante sus compañeros y por eso llega a casa con el refrigerio intacto, ella tiene una pobre valoración de sí misma así como una baja autoestima y poca habilidad para enfrentar situaciones incómodas o bochornosas, además de su desconfianza hacia las personas que la rodean por lo que evita cualquier contacto social.

## **5. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES**

Elizabeth al tener 3 años de edad, cae al estar jugando en una silla balanceándose, golpeándose muy fuerte el cuerpo, esto le provocó una fuerte hemorragia nasal y también sangró por la orina y las heces, después, a los 5 años el padre deja el hogar, para después de un año cuando le pedía mantención que por ley le corresponde, a cambio de esto el padre pide ver a la niña y luego llevársela por un día, la madre acepta, pero el padre biológico no cumple el trato, por ello la madre busca a su hija y exige que se la entregue,

la niña, quien quería estar con su madre, en estos 3 días el padre le tocó los genitales, después de esto la niña estuvo “asustada” con pesadillas sin poder dormir y llanto frecuente, superado esta experiencia desagradable Elizabeth no recordaba nada del hecho hasta que en la secundaria junto con las clases de tutoría y sexualidad entendió lo que le había pasado, desde entonces no se sabe nada del padre biológico de Elizabeth, a los 13 años se enferma de bronquios, pero se recupera rápido y tanto la madre como Elizabeth no lo tomaron como algo grave, en Arequipa todo a estado mejor. Elizabeth no mencionó a su padre biológico en ninguna de las entrevistas, por otra parte, en cuanto a su alimentación hasta la primera entrevista era mínima, comía muy poco priorizando la alimentación de sus hermanos, diciendo que ellos lo necesitan más que ella. La madre también menciona que de niña Elizabeth ha sido de contextura normal y que comía bien, “no era así tan delgada y pálida”, y también que ella siempre ha estado preocupada porque nada le falte en especial la comida. Elizabeth en secundaria solo ha tenido una amiga cercana, igual en la academia es una joven que no se relaciona con facilidad con personas que recién conoce y tampoco hace amistades con facilidad, pues tiene rasgos de una personalidad introvertida, la desconfianza hacia otras personas y su inseguridad la hacen una persona con pocas habilidades sociales, es seca, fría en su expresión y sus afectos, es incapaz de expresar sus sentimientos y manifestar emociones.

## **6. ANTECEDENTES FAMILIARES**

En la actualidad Elizabeth vive con sus 3 hermanos, la mamá y la pareja de esta, a quien ella considera su papá, además de que se lleva bien con la madre con quien desde la llegada de sus hermanos no comparten muchos momentos en familia, pues la madre se ocupa más del cuidado de sus hermanos que son pequeños y también porque la economía no alcanza, pues la pareja de su madre es el único sustento económico, en el presente

año ella, su mamá y hermanos decidieron venir a Arequipa para que Elizabeth se prepara para la universidad, pues es su deseo y más importante meta personal hasta ahora. En su infancia sufrió la separación de sus padres, ambos de Cusco y la agresión sexual por parte de su padre biológico, así también la precaria situación económica en que las dejó Elizabeth no tiene recuerdos agradables de su Padre biológico, creció sola junto a su madre, con su sobreprotección, su presencia incondicional y el estar al pendiente de todas sus necesidades.

La madre es una persona fuerte que se enfrenta a la vida con valentía y hace todo por cuidar y proteger a sus hijos, deja de comer para que sus hijos coman, y se convierte en una “leona para defenderlos”, ella también manifiesta que trata de aconsejar a su hija y de darle todo lo que ella no tuvo, como buena alimentación, amor de madre que ella no tuvo, las dos han forjado un lazo muy fuerte de madre hija, la relación con la pareja de su madre es buena aunque en el presente año solo se ven fines de semana, conversan y comparten momentos en familia como ir de compras y salir a almorzar a restaurantes, él es más afectuoso y quiere abrazar a Elizabeth Pero ella no muestra afecto por él, así no abraza a la pareja de su mamá y lo que le desagrada de él es que siempre que salen a pasear o comer él está apresurado y esto no ayuda a que Elizabeth disfrute de la comida.

Elizabeth pertenece a una familia Nuclear compuesta por la mamá su pareja y 3 hijos de ambos y ella, todos de religión católica, su hermana tiene 7años y los dos hermanos más pequeños tienen 3años y 10 meses respectivamente, con quienes juega y a veces también reniega, porque cuando juegan hacen mucho barullo y no la dejan estudiar.

La condición económica es baja y precaria, su vivienda es de material combinado las paredes son de material noble sin estuque, el techo es de calamina, su vivienda está ubicada en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

El padre biológico de Elizabeth ha sido irresponsable y con poco valor por la vida, y sin muestra de amor y emociones hacia su pareja ni a su hija, a diferencia de la madre que es más valiente y se hizo responsable y cuidó de su hija sola, siendo el soporte afectivo emocional y económico para Elizabeth hasta los 11 años, la actual pareja de la madre de Elizabeth es cariñoso con ella hay veces en quiere abrasiarla pero ella es temerosa y no deja que le exprese el afecto que sienten por ella. Elizabeth creció con ansiedad por el abandono de su padre biológico, luego por la sobre alimentación y sobre protección de la madre, así como por la situación económica en que actualmente vive, la culpa que siente si ella se alimenta y no da nada para sus hermanos, y su preocupación por el ingreso o no ingreso a la universidad, han hecho de ella una joven ansiosa, preocupada y que somatiza su stress y preocupaciones como la tensión muscular.

## **7. RESUMEN**

Elizabeth no fue deseada por el padre biológico y tampoco contó con su protección, al enterarse de su existencia le ofreció dinero a la madre para que pueda abortar a lo que la mamá se niega, no ha colaborado con la educación ni con la mantención de Elizabeth, mostrando poco valor por la vida, y sin muestra de amor y emociones hacia su pareja, ni a su hija, a diferencia de la madre, se hizo responsable y cuidó de su hija, y es así que Elizabeth nació de parto normal a los 9 meses, atendida por una obstetra, no lloró al nacer por lo que tuvieron que sacudirla e impedir que se tomara líquido, después de 10 días, acude al control médico en hospital, donde le comunican a la madre que la niña está sana, y que tenía un pezón mamario de más, finalmente los padres de Elizabeth conviven y al cumplir 3 años sufre un accidente que le ocasionó una fuerte hemorragia nasal y también por la orina y las heces, fue inmediatamente atendida en un hospital, al cumplir 5 años el papá de Elizabeth se va de la casa dejándola con su madre, desde entonces hasta los 11

años, la madre se ocupa del cuidado de su hija de la alimentación, protección así como de ser el soporte económico, afectivo y emocional de Elizabeth, cuando Elizabeth cumple 6 años la madre pide la mantención al padre biológico y este le exige ver a la niña y llevarla por un día, el no cumple el trato, quedándose con la niña por 3 días donde el toca los genitales de su hija, por ello la madre acompañada de un policía, exige que se la devuelva y Elizabeth regresa con su madre, asustada y con pesadillas por algunos días, en que tampoco la manda a estudiar, por todo lo sucedido la madre pone la denuncia, y desde entonces no se sabe del padre biológico de Elizabeth.

La madre siempre ha estado preocupada por las Necesidades de Elizabeth y de su alimentación desde jardín y toda la primaria, la mamá le mandaba demasiado refrigerio, que no acababa, pese a que compartía con sus compañeros, en esta etapa de su vida también Elizabeth olvidó la agresión de su padre biológico y se dio cuenta de lo ocurrido en la pubertad, cuando estaba ya en secundaria, con las clases de tutoría y sexualidad, para suprimir todo lo relacionado a su padre biológico, ambas deciden venir a Arequipa después de un tiempo se enferma de los bronquios, recibió atención médica para su recuperación, luego la mamá conoce a su actual pareja a quien Elizabeth llama papá , que en realidad es papá de sus hermanos menores.

Hasta la actualidad ella y su familia están viviendo primero en La Joya y en el presente año en Arequipa , se han distanciado de la pareja de su madre por miras de superación, Elizabeth y sus hermanos, todo para que pueda ir a una academia lograr su meta de ingresar a la universidad, tiempo atrás Elizabeth fue enviada al campo con sus tíos por parte de la pareja de su mamá, donde permaneció por 3 meses, tiempo en el que “subió de peso”, “se la veía con más cuerpo”, regresa a su hogar porque extrañaba a su madre y hermanos, además lloraba por las noches al sentirse; sola y triste.

Tanto en la etapa preescolar como en la escolar, sus relaciones sociales fueron como el de otros niños entre juegos y actividades académicas, no presentando mayores dificultades. La madre menciona que de niña Elizabeth ha sido una niña de contextura normal y que comía bien “no era así tan delgada y pálida” y también que ella siempre ha estado preocupada porque nada le falte en especial la comida. La madre es una persona fuerte que se enfrenta a la vida con valentía y que hace todo por cuidar y proteger a sus hijos, deja de comer para que sus hijos coman, y se “convierte en una leona para defenderlos”, ella también manifiesta que trata de aconsejar a su hija, como en “conocer bien a las personas” y “cuidarse de las malas”, hay un lazo fuerte de madre-hija. Elizabeth en secundaria solo ha tenido una amiga cercana, igual en la academia es una joven que no se relaciona con facilidad con personas que recién conoce y tampoco hace amistades con facilidad, pues tiene rasgos de una personalidad introvertida, la desconfianza hacia otras personas y su inseguridad la hacen una persona con pocas habilidades sociales, es seca, fría en su expresión y sus afectos, es incapaz de expresar sus sentimientos y manifestar emociones.

En la actualidad Elizabeth vive con sus 3 hermanos, su hermana tiene 7 años y los dos hermanos tienen 3 años, y 10 meses respectivamente, con quienes juega y a veces también reniega porque cuando juegan hacen mucho barullo y no la dejan estudiar, la mamá y la pareja de su mamá, (a quien ella considera su papá), todos de religión católica, además de que se lleva bien con la madre con quien desde la llegada de sus dos últimos hermanos no comparten muchos momentos en familia, pues la madre se ocupa más del cuidado sus hermanos más pequeños y también porque la economía no alcanza, pues la pareja de su madre es el único sustento económico, trabaja en servicios de transporte, la relación con la pareja de su madre es buena aun que en el último año solo se ven fines de semana, conversan y comparten momentos en familia como ir de compras y salir a almorzar a

restaurantes, él es más afectuoso y quiere abrazar a Elizabeth pero ella no muestra afecto por él, lo que le desagrada de él es que siempre que salen a pasear o comer él está apresurado y esto no ayuda a que Elizabeth disfrute de la comida.

La condición económica es baja y precaria, su vivienda es de material combinado las paredes son de material noble sin estuque, el techo es de calamina, su vivienda está ubicada en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero, esta situación económica, la culpa que siente si ella se alimenta y no quedando para sus hermanos, sumada la preocupación por el ingreso o no ingreso a la universidad, han hecho de ella una joven ansiosa preocupada y que somatiza su stress y preocupaciones como en tensión muscular.

**Arequipa 29 de Agosto 2017**

---

**Korina Vilca Pilco**  
Bachiller en Psicología

## **EXAMEN MENTAL**

### **1. DATOS DE FILIACION.**

Nombres y apellidos : Elizabeth  
Fecha de nacimiento : 16 de julio 1999  
Edad : 18 años  
Lugar de nacimiento : Cusco  
Sexo : Femenino  
Grado de instrucción : Secundaria completa  
Estado Civil : Soltera  
Procedencia : La Joya  
Ocupación : Estudiante  
Informante : La Madre  
Referente : La Paciente  
Lugar de evaluación : Puesto de Salud Leopoldo Rondon C.  
Fecha de evaluación : 13/07/2017  
Evaluadora : Korina Vilca Pilco

### **2. CARACTERISTICAS GENERALES DEL COMPORTAMIENTO**

#### **• ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO**

Elizabeth es una Joven de 18 años, aparenta menos de la edad referida, tiene el cabello oscuro, lacio y corto, de tés clara, blanca y pálida, ojos cafés, de contextura bastante delgada y de 1.50 m de estatura, se muestra en todo momento con la cabeza gacha y tensa, con las manos juntas e inquietas, las mueve constantemente. Habla con un tono de voz débil y pausada, con postura encorvada y de marcha lenta, su arreglo personal no es como la

mayoría de las jóvenes de su edad, su higiene personal es limpio, su vestir desalineado, con peinado aparentemente improvisado. Se muestra inexpresiva, con las manos juntas y sudorosas, las va secando en su vestimenta, mantiene el tono de voz débil, expresa su preocupación por el ingresar o no a la universidad, Durante la entrevista se mostraba retraída con poco contacto visual hacia la entrevistadora, evasiva, respondía con timidez y poca seguridad, con el avance en la evaluación se observó más animada e incluso ella iniciaba la conversación.

### **3. EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS COGNOSCITIVOS**

#### **• CONCIENCIA, ATENCION Y ORIENTACION**

La mayor parte del tiempo se encuentra atenta con pequeños espacios de distracción, por lo que su reacción o estado de alerta es lento, frente a estímulos del medio. Poca habilidad para concentrarse, muestra interés por la evaluación, sin embargo, su atención no es sostenida por tiempos prolongados. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, discrimina adecuadamente el lugar donde se encuentra, al personal que labora y el día en el que nos encontramos

### **4. LENGUAJE**

Elizabeth utiliza un lenguaje lento, pausado y con sentido lógico, cuando se inicia el dialogo no es fluido la entrevistadora es quien inicia la conversación, conforme se avanza en la evaluación, su lenguaje se muestra más rápido fluido y coherente.

Utiliza palabras sencillas y fácil de comprender con tono débil, cuesta escuchar lo que manifiesta, temerosa, es poco expresiva, se limita a responder solo lo que se pregunta e incluso con gestos, de si o no, ante algunas preguntas se muestra distraída, se repite la pregunta y contesta en forma lenta y clara.

Su lenguaje escrito es entendible, expresa sus ideas con claridad, con deficiencia en el uso de la ortografía.

## **5. PENSAMIENTO**

Sus pensamientos mantienen un curso normal y coherente expresado con lentitud durante las primeras evaluaciones en la tercera es donde mostró mayor claridad en su pensamiento, así como seguridad para expresarlos, sus oraciones y frases son cortas, con sentido lógico. El contenido de sus ideas se relaciona con su preocupación por la alimentación de sus hermanos y la economía del hogar.

## **6. PERCEPCION**

Elizabeth capta y discrimina estímulos externos con lentitud, su percepción auditiva visual no se encuentra alterados, aunque se reclina sobre la mesa para leer, percibe aromas y sabores, así como estímulos térmicos de frio-calor, discrimina adecuadamente formas colores tamaños y texturas.

## **7. MEMORIA**

Su Memoria a largo plazo se encuentra conservada, recuerda hechos cotidianos y en orden cronológico, como su cumpleaños y de sus hermanos, así también donde vive actualmente y donde ha estudiado la secundaria, en cuanto a la memoria de corto plazo se encuentra conservada, no recuerda las actividades realizadas recientemente, como temas de estudio del día.

## **8. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

Su capacidad Intelectual está en desarrollo, es una estudiante preocupada, se esfuerza para aprender cada día más, su comprensión lectora y expresión es lenta, su atención es más estable conforme se avanza en la entrevista y evaluación, hasta el momento muestra poca capacidad para solucionar problemas y realizar cálculos; su capacidad de comprensión, razonamiento, y formación de conceptos poco adecuados, pues la madre y la pareja de ella, parecen tomar la mayoría de las decisiones relacionadas a Elizabeth y familia, Elizabeth durante la entrevista manifiesta su deseo de trabajar y colaborar con la economía del hogar, aunque no ha pensado en que podría trabajar, muestra poca capacidad de reconocer sus habilidades y capacidades.

## **9. EXPLORACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA**

### **• ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS**

Elizabeth por general es callada, tímida, se la nota distraída, pensativa, poco expresiva la mayor parte de tiempo, muestra síntomas de ansiedad, las manos están juntas, sudorosas y dedos inquietos, evasiva con poca capacidad de entablar el dialogo, es protectora con sus hermanos, con gran sentido de responsabilidad y afecto hacia ellos, tiene miedo de que las personas la lastimen por eso es desconfiada, tienen miedo de enfermedades o de que le pase algo malo a ella, a su mamá o sus hermanos. Enuncia preocupación no hace uso de los gestos faciales para expresar sus ideas y emociones, Aunque junto a sus hermanos se la observó esbozando una sonrisa tímida.

## **10. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD**

Elizabeth acude al servicio de psicología por orientación vocacional, acompañada de su madre, y sin conciencia del problema o enfermedad actual, la madre es quien se dio cuenta del problema de alimentación, la paciente no se dio cuenta de cómo ni cuándo empezó,

cuando nació su último hermano se preocupaba más por el dinero y la comida que a veces no alcanzaba para todos y sus otros hermanos se quedaban de hambre y ella empezaba a darles de su plato afirmando que ellos lo necesitaban más que ella, hace unos meses que empezó a estudiar en una academia, “ya no me da tiempo para comer”, no hay conciencia de la enfermedad o problema actual. Además, ella no ha mencionado a su padre biológico, reconociendo como padre a la actual pareja de su madre. Por lo que su actual desenvolvimiento, en sus actividades diarias se ha visto afectada, con inadecuado arreglo personal, manteniendo un lenguaje lento, pausado y poco fluido, sus pensamientos son coherentes y lentos, se muestra tímida, temerosa e insegura, con preocupación por los estudios y la economía del hogar aunado a malestares físicos como dolor de cabeza y tensión muscular.

## **RESUMEN**

Elizabeth es una Joven de 18 años, aparenta menos de la edad que tiene, de cabello corto, oscuro y lacio, de té clara, blanca y pálida, de contextura bastante delgada, se muestra en todo momento con la cabeza gacha y tensa, con poco contacto visual con la entrevistadora, y con las manos en constante movimiento, con actitud evasiva, poco expresiva y responde a las preguntas con brevedad, manifiesta desconfianza, piensa antes de decir algo con palabras, su lenguaje es lento, pausado y coherente, pero con tono bajo y palabras sencillas, su percepción visual y auditiva no están afectadas, discrimina colores, olores y texturas, reacciona con lentitud a estímulos auditivos, se acerca bastante a la hoja de trabajo, está preocupada por sus estudios y esto también no le deja concentrarse, su memoria de largo y corto plazo están en perfecto estado de conservación, no siendo así su memoria inmediata pues no recuerda los temas trabajados en clases, el presente día Elizabeth tiene dificultad para manifestar sus pensamientos y emociones, es temerosa y

se protege todo el tiempo de lo que la rodea como personas que recién conoce y ambiente, por temor a que le fallen las personas que quiere o en quienes confía, es poco expresiva, no ha mencionado a su padre biológico, reconociendo como padre a la actual pareja de su madre. Por lo que su actual desenvolvimiento, en sus actividades diarias se ha visto afectada, no tiene conciencia del problema actual, aunado a dolor de cabeza y tensión muscular.

**Arequipa 29 de Agosto 2017**

---

**Korina Vilca Pilco**  
Bachiller en Psicología

## INFORME PSICOMETRICO

### 1. DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos : Elizabeth  
Fecha de nacimiento : 16 de julio 1999  
Lugar de Nacimiento : Cusco  
Edad : 18 años  
Lugar de nacimiento : Arequipa  
Sexo : Femenino  
Grado de instrucción : Secundaria completa  
Estado Civil : Soltera  
Procedencia : La Joya  
Ocupación : Estudiante  
Informante : La Madre  
Referente : La Paciente  
Lugar de evaluación : Puesto de Salud Leopoldo Rondon C.  
Fechas de evaluación : 13/07/2017  
                            20/07/2017  
                            10/08/2017  
                            24/08/2017  
Nombre de la evaluadora : Korina Vilca Pilco

### 2. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista
- Pruebas psicológicas

- Inventario Multifasico de Personalidad (MINIMULT)
- Test de matrices progresivas de Raven
- Test “La persona bajo la lluvia” • Test proyectivo de “Karen machover” • El test del Árbol.

### **3. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

#### **• Inventario Multifasico de personalidad (Mini-Mult)**

En base a puntuaciones (T)

Escalas	L	F	K
<b>Puntuación (T)</b>	<b>70</b>	<b>68</b>	<b>47</b>
	+	+	+
	-	-	-

Escalas clínicas	Puntuación(T)	Combinación
<b>Pa</b>	<b>76</b>	<b>6</b>
<b>Hs</b>	<b>74</b>	<b>1</b>
<b>D</b>	<b>72</b>	<b>2</b>

Elizabeth una joven que busca la aceptación social, por lo que se esfuerza en ofrecer una imagen favorable de sí misma, tiene una reducida capacidad de autocrítica que le impide un adecuado reconocimiento de sus problemas, distorsionándolos, y sintiendo que posee buena capacidad para enfrentarlos sin necesidad de ayuda.

Posee fuerte suspicacia y desconfianza, además de temor por su salud física, tiene la idea de que es Frágil y de estar desvalida físicamente, Es posible que estas características se manifiesten a través de sensaciones constantes de amenaza y vulnerabilidad en cualquier contacto impersonal, tiende a describirse hipersensible ante cualquier situación de amenaza a su salud física.

También tiene actitudes de cautela ante la constante sensación de amenaza de parte del ambiente; ella reacciona con algunas manifestaciones de franca hostilidad, por su falta de habilidades sociales, que después se convierte en culpa, como cuando deja de comer para no sentir que por su culpa sus hermanos no comen bien, así también puede ser su deseo de hacer amistades pero la presencia de inseguridad como rasgo principal no se lo permite, acompañada de sensación de fracaso, pesimismo además de ser aprensiva, por esto sus relaciones interpersonales son limitadas. Exagera sus fracasos y malestares físicos, que son producto de su propia inseguridad.

• **Test de Raven**

Puntaje bruto= 39

Percentil = 50

Categoría = “***Intelectualmente término medio***”

Elizabeth con 18 años de edad consiguió un equivalente de percentil 50, esto indica que intelectualmente es de Término medio, (dentro del límite inferior de normalidad), quiere decir que en relación a otras personas de su edad esta en el límite inferior de normalidad, lo que significa, que tiene dificultades en la capacidad de solucionar problemas y a la hora de aprender contenidos complejos, así mismo suele ser un poco lento en la asimilación de ideas y le cuesta realizar ejercicios de lógica. Sin embargo, el hecho de esta capacidad cognitiva, no supone que tengan mermadas otras capacidades o inteligencias. Tomando en cuenta su temperamento melancólico y su estado psicológico, anímico y emocional, durante el desarrollo del test, estas características serían la causa que la enmarca dentro del el límite inferior de normalidad.

- **Test “La persona bajo la lluvia”**

Se disculpa para enfrentar una tarea nueva para tomar decisiones. La paciente manifiesta timidez, auto desvalorización, inseguridades, temores, retraimiento, sentido de inadecuación, e inferioridad, dependiente, encierro o incomodidad, humildad y tiene una inadecuada percepción de sí misma.

Los recuerdos negativos de su pasado que no han sido resueltos, es lo traumático en ella, tal vez relacionado con la madre o padre, es introvertida, pesimista, se encierra en sí misma, tiende a la depresión, fatiga y desaliento. Es una persona sana con rasgos femeninos remarcados, sentido estético, diplomática afectiva y sensible. Conservada rapidez mental, intuitiva hipersensibilidad y rica fantasía

Intención de avance hacia el futuro, necesidad de crecer, buena relación con el padre y la autoridad, relación con lo que se quiere ser y dirección hacia el futuro. Alta ansiedad, bajo nivel de tolerancia a la frustración, es una persona dependiente. Necesita del apoyo de otros, y se angustia por las enfermedades, psicosomática, manifiesta sufrimiento y acontecimientos traumáticos en los primeros años de vida.

Necesidad de protección, sentimiento de soledad. Conflicto interior sexual, sentimiento de culpa. Se defiende de la figura materna, de los deseos edípicos y las pulsiones infantiles, Puede simbolizar algún acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado, excesiva protección y defensa, aunque se encuentre bien ubicada. a distancia con el entorno. Poco criterio, obsesivo. Exagerada necesidad de apoyo. Rasgos depresivos y melancólicos

- **Test proyectivo de “Karen Machover”**

Otorga mayor autoridad al sexo masculino, la joven se manifiesta infantil, inmadura, dependiente, hay rasgos de agresión verbal por parte de alguien cercano, intención de no ver, con síntomas de inmadurez emocional y egocentrismo, rasgos esquizoides, persona

regresiva, incapacidad racional y para coordinar impulsos a través de una conducta adecuada. Falta de confianza en los contactos sociales, y en su propia productividad, sugiere también culpabilidad con relación a impulsos agresivos.

Possible masturbación o haraganería, tendencia a la fantasía, “constructivo o patológico”, bajo nivel de energía y un yo disminuido, tímida, conflicto con lo social y las defensas, ansiedad, depresión, choque afectivo, falta de equilibrio emocional, inseguridad e inferioridad, inestabilidad emocional, soledad, desorganización, poca discriminación.

- **El test del Árbol.**

Edad de conflicto 1 : 2. años 1 mes

Edad de conflicto 2 : 3. Años 7 meses

Edad de conflicto 3 : 5. Años 8 meses

Elizabeth se caracteriza por ser rígida, reservada obstinada, con cierto grado de infantilismo e inmadurez, además de sensible emotiva, deseosa de comunicarse con los demás, fantasía, actitud violenta hacia sí misma, estado de depresión y soledad angustia. De difícil adaptación, esquiva con aquellos que se le acercan, actitud defensiva, personalidad con gran control de emociones y sentimientos, se empeña en causar buena impresión ante los demás, cautelosa, cierto grado de transparencia entre lo que muestra y lo que en realidad es. Actitud defensiva, represión de la agresividad.

Deseos de destacar, originalidad, y de sensaciones reaseguradoras o gratificantes constancia, deseos de superación, exceso de fantasía, muestra solo una parte de sí misma, persona muy apagada a las normas, ambivalencia entre la autoprotección o apertura, impaciente, deseos de gratificación sexual, evasiva, imaginativa soñadora, introvertida.

#### **4. OBSERVACIONES GENERALES**

A la paciente se la ve callada, con la cabeza gacha, las manos juntas, se muestra interesada y colaboradora, hace algunas preguntas como ¿me dibujo? ¿Cómo debo dibujar? Y se le responde “como quieras”, al entregarle la hoja de trabajo la gira, en otra la inclina, se la nota evasiva o temerosa para empezar una tarea nueva y desconfianza ante la evaluadora, se reclina en el escritorio para poder leer y responder a los test. Conforme se avanza con las evaluaciones ella muestra más confianza y mayor disposición para iniciar el trabajo.

#### **5. RESUMEN**

Elizabeth de 18 años de edad, con una inteligencia de término medio (dentro del límite inferior de normalidad), lo que significa que tiene dificultades en la capacidad de solucionar problemas y a la hora de aprender contenidos complejos, así mismo suele ser un poco lento en la asimilación de ideas y le cuesta realizar ejercicios de lógica. Sin embargo, el hecho de esta capacidad cognitiva, no supone que tengan mermadas otras capacidades o inteligencias. Su temperamento tiende al melancólico, tiene rasgos de personalidad introvertida, infantil, inestable emocional, esquiva y con sentimientos reprimidos, con tendencia a la ansiedad y con rasgos depresivos.

Manifiesta suspicacia y desconfianza, temor por su salud física, tiene la idea de que es frágil y de estar desvalida físicamente, tiene sensaciones constantes de amenaza y vulnerabilidad en cualquier contacto impersonal y social, sus manifestaciones de franca hostilidad, sentimientos de culpa, presencia de inseguridad como rasgo principal, acompañada de sensación de fracaso, malestares físicos y psicosomática.

Su fatiga y desaliento es producto de su alta ansiedad, dependiente, tiene un bajo nivel de tolerancia a la frustración, se angustia por las enfermedades, Se defiende de la figura materna o paterna, posiblemente de su sobreprotección y/o agresividad. Un

Acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado, fue los tocamientos indebidos que le propinó su padre biológico, lo que causa un conflicto con la sexualidad, excesiva protección y defensa de todo lo que la rodea, falta de confianza, conflicto en los contactos sociales y defensas de los mismos. Exagerada necesidad de apoyo, tendencia a la fantasía y un yo disminuido, como baja autoestima y su auto desvalorización, vinculada a ansiedad, depresión, inseguridad, soledad, reservada, actitud defensiva, cautelosa, reprime su agresividad, ambivalencia entre la autoprotección y la apertura.

**Arequipa 29 de Agosto 2017**

---

**Korina Vilca Pilco**  
Bachiller en Psicología

## **INFORME PSICOLOGICO**

### **1. DATOS DE FILIACION**

Nombres y apellidos : Elizabeth  
Fecha de nacimiento : 16 de julio 1999  
Lugar de Nacimiento : Cusco  
Edad : 18 años  
Lugar de nacimiento : Arequipa  
Sexo : Femenino  
Grado de instrucción : Secundaria completa  
Estado Civil : Soltera  
Procedencia : La Joya  
Ocupación : Estudiante  
Informante : La Madre  
Referente : La Paciente  
Lugar de evaluación : Puesto de Salud Leopoldo Rondon C.  
Fechas de evaluación : 13/07/2017  
20/07/2017  
10/08/2017  
24/08/2017  
Nombre de la evaluadora : Korina Vilca Pilco

### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente acude al servicio de psicología acompañada de la madre, para recibir orientación vocacional pues va a postular a la universidad, situación preocupante para ambas, además

la madre hace mención que su hija come muy poco; “como hago para que coma más”, “no sé qué hacer con ella”.

### **3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

† Entrevista

† Pruebas psicológicas

- Inventario Multifásico de Personalidad (Mini-Mult)
- Test de matrices progresivas de Raven
- Test “La persona bajo la lluvia” • Test proyectivo de “Karen Machover” • Test del Árbol.

### **4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Elizabeth no fue deseada por el padre biológico y tampoco contó con su protección, al enterarse de su existencia le ofreció dinero a la madre para que pueda abortar, a lo que la mamá se niega, no ha colaborado con la educación ni con la mantención de Elizabeth, mostrando poco valor por la vida, y sin muestra de amor y emociones hacia su pareja, ni a su hija, a diferencia de la madre, se hiso responsable y cuidó de su hija, y es así que Elizabeth nació de parto normal a los 9 meses, siendo atendida por una obstetra, no lloró al nacer por lo que tuvieron que sacudirla e impedir que se tomara líquido, después de 10 días, acude al control médico en hospital, donde le comunican a la madre que la niña está sana, y que tenía un pezón mamario de más; a esto los médicos no consideraron que haya problemas, pero con el desarrollo físico y el uso del brassier Elizabeth se ha sentido incomoda por lo que se pone algodón en la zona, finalmente los padres de Elizabeth conviven, al cumplir 3 años sufre un accidente que le ocasionó una fuerte hemorragia nasal y también por la orina y las heces, fue inmediatamente atendida en un hospital, al

cumplir 5 años el papá de Elizabeth se va de la casa dejándola con su madre, desde entonces hasta los 11 años, la madre se ocupa del cuidado de su hija de la alimentación, protección así como de ser el soporte económico, afectivo y emocional de Elizabeth, al cumplir 6 años la madre pide la mantención al padre biológico y este le exige ver a la niña y llevarla por un día, el no cumple el trato, quedándose con la niña por 3 días donde el tocó los genitales de su hija, por ello la madre acompañada de un policía, exige que se la devuelva y Elizabeth regresa con su madre, asustada y con pesadillas por algunos días, en que tampoco la manda a estudiar, por todo lo sucedido la madre pone la denuncia, y desde entonces no se sabe del padre biológico de Elizabeth.

La madre siempre ha estado preocupada por las Necesidades de Elizabeth y de su alimentación desde jardín y toda la primaria, la mamá le mandaba demasiado refrigerio, que no acababa, pese a que compartía con sus compañeros, en esta etapa de su vida también Elizabeth olvidó la agresión de su padre biológico y se dio cuenta de lo ocurrido en la pubertad, cuando estaba ya en secundaria, con las clases de tutoría y sexualidad, para suprimir todo lo relacionado a su padre biológico, ambas deciden venir a Arequipa, después de un tiempo se enferma de los bronquios, recibió atención médica para su recuperación, luego la mamá conoce a su actual pareja a quien Elizabeth llama papá, que en realidad es papá de sus hermanos menores.

Hasta la actualidad ella y su familia están viviendo primero en La Joya y en el presente año en Arequipa, se han distanciado de la pareja de su madre por miras de superación, Elizabeth y sus hermanos, todo para que pueda ir a una academia lograr su meta de ingresar a la universidad, tiempo atrás Elizabeth fue enviada al campo con sus tíos por parte de la pareja de su mamá, donde permaneció por 3 meses, tiempo en el que “subió de peso”, “se la veía con más cuerpo”, regresa a su hogar, porque extrañaba a su madre y hermanos, además lloraba por las noches al sentirse; sola y triste.

Tanto en la etapa preescolar como en la escolar, sus relaciones sociales fueron como el de otros niños entre juegos y actividades académicas, no presentando mayores dificultades. La madre menciona que de niña Elizabeth ha sido una niña de contextura normal, comía bien “no era así tan delgada y pálida” y también que ella siempre ha estado preocupada porque nada le falte en especial la comida. La madre es una persona fuerte que se enfrenta a la vida con valentía y que hace todo por cuidar y proteger a sus hijos, deja de comer para que sus hijos coman, y se “convierte en una leona para defenderlos”, ella también manifiesta que trata de aconsejar a su hija, como en “conocer bien a las personas” y “cuidarse de las malas”, hay un lazo fuerte de madre-hija. Elizabeth en la secundaria como en la academia solo ha tenido una amiga cercana, es una joven que no se relaciona con facilidad con personas que recién conoce y tampoco hace amistades con facilidad, pues tiene rasgos de una personalidad introvertida, la desconfianza hacia otras personas y su inseguridad la hacen una persona con pocas habilidades sociales, es seca, fría en su expresión y sus afectos, con dificultad de expresar sus sentimientos y manifestar emociones. En la actualidad Elizabeth vive con sus 3 hermanos, su hermana tiene 7 años y los dos hermanos tienen 3 años, y 10 meses respectivamente, con quienes juega y a veces también reniega porque cuando juegan hacen mucho barullo y no la dejan estudiar, la mamá y la pareja de su mamá, (a quien ella considera su papá), todos de religión católica, además de que se lleva bien con la madre con quien desde la llegada de sus dos últimos hermanos no comparten muchos momentos en familia, pues la madre se ocupa más del cuidado sus hermanos más pequeños y también porque la economía no alcanza, pues la pareja de su madre es el único sustento económico, trabaja en servicios de transporte, la relación con la pareja de su madre es buena aunque en el último año solo se ven fines de semana, conversan y comparten momentos en familia como ir de compras y salir a almorzar a restaurantes, él es más afectuoso y quiere abrazar a Elizabeth pero ella no

muestra afecto por él, lo que le desagrada de él es que siempre que salen a pasear o comer él está apresurado y esto no ayuda a que Elizabeth disfrute de la comida.

La condición económica es baja y precaria, su vivienda es de material combinado las paredes son de material noble sin estuque, el techo es de calamina, su vivienda está ubicada en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero, esta situación económica, la culpa que siente si ella se alimenta y no quedando para sus hermanos, sumada la preocupación por el ingreso o no ingreso a la universidad, han hecho de ella una joven ansiosa preocupada y que somatiza su stress y preocupaciones, con síntomas de tensión muscular.

## **5. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

Elizabeth es una Joven de 18 años, aparenta menos de la edad que tiene, de cabello corto, oscuro y lacio, de téns clara, blanca y pálida, de contextura bastante delgada, se muestra en todo momento con la cabeza gacha y tensa, con poco contacto visual con la entrevistadora, y con las manos en constante movimiento, con actitud evasiva, poco expresiva y responde a las preguntas con brevedad, manifiesta desconfianza, piensa antes de decir algo con palabras, su lenguaje es lento, pausado y coherente, pero con tono bajo y palabras sencillas, su percepción visual y auditiva no están afectadas, discrimina colores, olores y texturas, reacciona con lentitud a estímulos auditivos, se acerca bastante a la hoja de trabajo, está preocupada por sus estudios y esto también no le deja concentrarse, su memoria de largo y corto plazo están en perfecto estado de conservación, no siendo así su memoria inmediata pues no recuerda los temas trabajados en clases, el presente día. Elizabeth tiene dificultad para manifestar sus pensamientos y emociones, es temerosa y se protege todo el tiempo de lo que la rodea como personas que recién conoce y ambiente, por temor a que le fallen las personas que quiere o en quienes confía, es poco expresiva, no ha mencionado a su padre biológico, reconociendo como padre a la actual pareja de su

madre. Por lo que su actual desenvolvimiento, en sus actividades diarias se ha visto afectada, no tiene conciencia del problema actual.

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

Elizabeth de 18 años de edad, con una inteligencia de término medio (dentro del límite inferior de normalidad), lo que significa que tiene dificultades en la capacidad de solucionar problemas y a la hora de aprender contenidos complejos, así mismo suele ser un poco lento en la asimilación de ideas y le cuesta realizar ejercicios de lógica. Sin embargo, el hecho de esta capacidad cognitiva, no supone que tengan mermadas otras capacidades o inteligencias.

Su temperamento tiende al melancólico, Elizabeth se encuentra atravesando por una dificultad o malestar generado por su entorno que es difícil de manejar, que le causa inseguridad y desconfianza, llevándola a responder de manera habitual con irritabilidad, dificultad para prestar atención, y pobres habilidades sociales, en cuanto a su personalidad evidencia una estructura frágil, desarrollando rasgos de una personalidad introvertida y ansiosa con tendencia a la depresión, marcada por su infantilismo, timidez, esquiva, con sentimientos reprimidos e inestable emocional.

Manifiesta suspicacia y desconfianza, temor por su salud física, tiene la idea de que es frágil y de estar desvalida físicamente, tiene sensaciones constantes de amenaza y vulnerabilidad en cualquier contacto impersonal y social, ella no ha aprendido a expresar afectos, sentimientos o emociones, por ello no hay expresión facial, es fría. Ante situaciones estresantes ella reacciona con hostilidad, miedo e inseguridad, que hace que se sienta amenazada y desvalida físicamente, expresando malestares físicos y psicosomáticos. Presentando además una sintomatología de carácter antisocial, expresados desde su pubertad y adolescencia.

Su fatiga y desaliento es producto de su ansiedad, tiene un bajo nivel de tolerancia a la frustración, se angustia por las enfermedades, Se defiende de la figura materna o paterna, posiblemente de su sobreprotección y/o agresividad. Un Acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado, fue los tocamientos indebidos que le propinó su padre biológico, lo que causa culpa y conflicto con la sexualidad, la ausencia del padre biológico también ha imposibilitado que ella adquiera seguridad y confianza, pues a la vez fue su agresor, no saber cómo afrontarlo ha dado origen a la ansiedad en su desarrollo y modificado la estructura de su personalidad, provocando excesiva protección, falta de confianza, conflicto en los contactos sociales y defensa de todo lo que la rodea, con exagerada necesidad de apoyo, dependiente de la protección, afectos y emociones de la madre y con la contradicción de poder independizarse, tendencia a la fantasía y un yo disminuido, baja autoestima, percepción negativa de sí misma, y su auto desvalorización, vinculada a ansiedad, depresión, inseguridad y sensación de fracaso, soledad, actitud defensiva, reservada, cautelosa, reprime su agresividad, ambivalencia entre la autoprotección y la apertura.

Por ello que, en la actualidad, al asistir al consultorio psicológico manifiesta evidentes síntomas de ansiedad, la cual se relaciona con la ausencia de modelos adecuados de orientación y cuidados, que no le permiten un adecuado desenvolvimiento ante el medio físico y social que le representa un constante estrés.

## **7. DIAGNOSTICO**

Elizabeth de 18 años de edad, con una inteligencia de término medio (dentro del límite inferior de normalidad), lo que significa que tiene dificultades en la capacidad de solucionar problemas y a la hora de aprender contenidos complejos, así mismo suele ser un poco lenta en la asimilación de ideas y le cuesta realizar ejercicios de lógica. Sin embargo, el hecho

de esta capacidad cognitiva, no supone que tengan mermadas otras capacidades o inteligencias.

Su temperamento tiende al melancólico, en cuanto a su personalidad evidencia una estructura frágil, desarrollando rasgos de una personalidad introvertida y ansiosa con tendencia a la depresión, marcada por su infantilismo, timidez, esquiva, con sentimientos reprimidos. Manifiesta suspicacia y desconfianza, reservada y cautelosa, temor por su salud física, tiene la idea de que es frágil y de estar desvalida físicamente, tiene sensaciones constantes de amenaza y vulnerabilidad en cualquier contacto impersonal y social, con actitud defensiva, se angustia por las enfermedades, malestares físicos y psicosomáticos. Además ella no ha aprendido a expresar afectos, sentimientos o emociones. Tiene un bajo nivel de tolerancia a la frustración. Se defiende de la figura materna o paterna, posiblemente de su sobreprotección y/o agresividad. Exagerada necesidad de apoyo, dependiente de la protección, afectos y emociones de la madre y con la contradicción de poder independizarse, tendencia a la fantasía, baja autoestima, percepción negativa de sí misma, y su auto desvalorización, inseguridad y soledad. Elizabeth se encuentra atravesando por una dificultad o malestar generado por su entorno de la infancia que es difícil de manejar, como los tocamientos a sus genitales, por parte del padre biológico, que le causa inseguridad y desconfianza, llevándola a responder de manera habitual con irritabilidad, dificultad para prestar atención, además de la reconstrucción familiar por la que ha pasado llevan al siguiente diagnóstico: **F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.**

Su deficiente alimentación y nutrición la explica la situación económica del hogar en relación con sentimientos de responsabilidad de sus hermanos menores, así como de modelos inadecuados en la práctica de la alimentación que es aceptada y replicada por ella:

**R63 Síntomas y signos relacionados a la alimentación y la ingestión de líquidos.**

## **8. PRONÓSTICO**

Favorable, por su toma de conciencia de la evaluada, sus deseos y esfuerzo por ingresar a la universidad y por qué recibe soporte emocional y entrenamiento en habilidades sociales en el consultorio de psicológica, que le permitirá el desarrollo de seguridad y asertividad, para enfrentar sus temores e inseguridades al medio social y familiar que la rodea, además su deseo personal de conseguir un trabajo.

## **9. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda que la paciente asista a terapia psicológica. Psicoterapia individual y psicoterapia familiar.
- Revisión y reevaluación en un tiempo prudente del coeficiente intelectual y de personalidad
- Derivación a las especialidades de medicina del adolescente, nutrición y oftalmología.
- Seguimiento de la paciente en las distintas especialidades.

**Arequipa 29 de Agosto 2017**

---

**Korina Vilca Pilco**  
Bachiller en Psicología

## **PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

### **1. DATOS DE EILIACION**

Nombres y apellidos : Elizabeth

Fecha de nacimiento : 16 de julio 1999

Lugar De Nacimiento : Cusco

Edad : 18 años

Lugar de nacimiento : Arequipa

Sexo : Femenino

Grado de instrucción : Secundaria completa

Estado Civil : Soltera

Procedencia : La Joya

Ocupación : Estudiante

Informante : La Madre

Referente : La Paciente

Lugar de entrevista : Puesto de Salud Leopoldo Rondon C.

Fechas de entrevista : 13/07/2017  
20/07/2017  
10/08/2017  
24/08/2017

Nombre de la evaluadora : Korina Vilca Pilco

### **2. DIAGNOSTICO PSICOLOGICO**

Elizabeth de 18 años de edad, con una inteligencia de término medio (dentro del límite inferior de normalidad), lo que significa que tiene dificultades en la capacidad de solucionar

problemas y a la hora de aprender contenidos complejos, así mismo suele ser un poco lenta en la asimilación de ideas y le cuesta realizar ejercicios de lógica. Sin embargo, el hecho de esta capacidad cognitiva, no supone que tengan mermadas otras capacidades o inteligencias.

Su temperamento tiende al melancólico, en cuanto a su personalidad evidencia una estructura frágil, desarrollando rasgos de una personalidad introvertida y ansiosa con tendencia a la depresión, marcada por su infantilismo, timidez, esquiva, con sentimientos reprimidos. Manifiesta suspicacia y desconfianza, reservada y cautelosa, temor por su salud física, tiene la idea de que es frágil y de estar desvalida físicamente, tiene sensaciones constantes de amenaza y vulnerabilidad en cualquier contacto impersonal y social, con actitud defensiva, se angustia por las enfermedades, malestares físicos y psicosomáticos. Además ella no ha aprendido a expresar afectos, sentimientos o emociones. Tiene un bajo nivel de tolerancia a la frustración. Se defiende de la figura materna o paterna, posiblemente de su sobreprotección y/o agresividad. Exagerada necesidad de apoyo, dependiente de la protección, afectos y emociones de la madre y con la contradicción de poder independizarse, tendencia a la fantasía, baja autoestima, percepción negativa de sí misma, y su auto desvalorización, inseguridad y soledad. Elizabeth se encuentra atravesando por una dificultad o malestar generado por su entorno de la infancia que es difícil de manejar, como los tocamientos a sus genitales, por parte del padre biológico, que le causa inseguridad y desconfianza, llevándola a responder de manera habitual con irritabilidad, dificultad para prestar atención, además de la reconstrucción familiar por la que ha pasado llevan al siguiente diagnóstico: **F94.1**

**Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.** Su deficiente alimentación y nutrición la explica la situación económica del hogar en relación con sentimientos de responsabilidad de sus hermanos menores, así como de modelos inadecuados en la práctica de la

alimentación que es aceptada y replicada por ella: **R63 Síntomas y signos relacionados a la alimentación y la ingestión de líquidos.**

### 3. ACCIONES PSICOTERAPEUTICAS /ORIENTACION Y CONSEJERIA

Nº de sesiones	Técnica psicoterapéutica	Objetivos	Metas	Tiempo
1	Cognitiva conductual “El espejo”	Lograr Elizabeth se acepte como la joven adolescente que es, como parte de la familia, y además comprender que pertenece a un grupo social como es la academia.	Que Elizabeth entienda que es una persona valiosa e importante para su familia y para los amigos y compañeros	45 minutos
2	El ensayo de la conducta Entrenamiento de habilidades sociales	Lograr que Elizabeth identifique los estilos de comunicación agresiva, pasiva y asertiva de las personas.	Saber cómo actuar ante determinadas conductas de las demás personas	45 minutos
3	El modelado	Lograr que Elizabeth de	Lograr que Elizabeth logre	
	Entrenamiento en habilidades sociales	respuestas assertivas para poder establecer nuevas amistades disminuyendo de manera progresiva su timidez y desconfianza hacia las demás personas, y lograr manejar diversas situaciones complejas	comunicarse de forma assertiva respetando sus derechos y el de las demás personas	45 minutos

4	Relajación e imaginería	Lograr que Elizabeth pueda mantener el control de su tensión frente a las situaciones estresantes y desagradables.	Elizabeth tendrá el control de tensión y ansiedad ante situaciones difíciles	45 minutos
5	Modelado	Que Elizabeth logre identificar sus propias emociones, también reconocer las emociones de los miembros de su familia y amigas. Que reconozca las emociones de los demás, para diferenciar cuando alguien es amable o está molesto.	Elizabeth entenderá que las emociones son propias de cada persona, así sabrá cómo ayudar a familiares y amigas.	45 minutos
6	Terapia familiar	La familia debe comprender que Elizabeth requiere de más tiempo para alimentarse y que este tiempo irá reduciendo paulatinamente	La familia junto con Elizabeth reconocerán e identificaran sus roles como miembros de la familia, así como el tiempo y momento para disfrutar de las	
			diferentes actividades tanto individuales como colectivas.	

7	Terapia familiar Vínculos con la madre y demás miembros de la familia	La madre debe de brindarle atención necesaria a Elizabeth. Y que le dé la opción de tomar decisiones (como el aceptar una propuesta de trabajo).	La madre comprenderá que según cada etapa del desarrollo a sus hijos les irá asignando tareas y deberes acorde a sus respectivas capacidades y habilidades. Y Elizabeth al ser mayor de edad y como parte de su crecimiento biológico y personal ya puede tomar decisiones y experimentar los resultados de estas,	
---	--	--	--	--

#### **4. TIEMPO DE EJECUCIÓN**

En la orientación y consejería (plan psicoterapéutico) se desarrollará en 7 sesiones, uno por semana, cada sesión de 45 minutos, conforme se avance en la evaluación, se desarrollará el plan psicoterapéutico según las necesidades y posibles progresos de la paciente.

#### **5. LOGROS ALCANZADOS**

Se desarrolló la orientación y consejería de habilidades sociales con la paciente, en la que se percibió una reacción colaboradora y entusiasta, realizó todas las instrucciones de la facilitadora y al finalizar la sesión se le preguntó ¿cómo se siente? y manifestó que muy bien. Después de la última entrevista lo manifestado por la madre, Elizabeth se ha mostrado con mejor estado de ánimo, con sonrisa que no la veía hace tiempo, incluso ha mejorado su alimentación día a día, indicando que “parece que estaba estresada”, e incluso un día

almorzó, casi 3 platos, esto le generó un cólico estomacal, pasado este malestar le causó gracia y se reía de lo sucedido junto a la madre.

Luego de las sesiones de orientación y consejería, tiene ganas de comer que calma a la madre, con ánimo para estudiar, y están evaluando una oferta laboral, donde apoyaría a una tía de Elizabeth.

## 6. DESARROLLO DE LA ORIENTACION Y CONSEJERIA

### SESION N° 1

NOMBRE DE LA SESION	“EN EL ESPEJO”	TIEMPO
DESARROLLO	<p>Será importante tener información previa a su realización, por lo que se le ha hecho una serie de preguntas a la joven que nos arrojarán luz sobre cuál es la opinión de sí misma.</p> <p>¿Cuándo te miras en el espejo te ves guapa? ¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demás? ¿Cuáles? ¿Crees que les gustas a tus amigos y compañeros tal y como eres? ¿Qué cambiarias de tu apariencia? ¿Cuándo te sientes y te ves bien, te sientes más seguro de ti mismo?</p> <p>Una vez hemos logrado que la joven nos cuente su punto de vista sobre estos aspectos, será hora</p>	10 min.  25 min.

	<p>de pasar al espejo. Deberemos situarlo a su altura, en un sitio que sea cómodo para ella, e ir haciéndole preguntas del tipo:</p> <p>¿Qué ves en el espejo?      ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo?      ¿Lo conoces?      ¿Qué cosas buenas tiene esa persona?      ¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo?      ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona?      ¿Cambiarías algo de la persona del espejo?      Tenemos que hacerle ver todos los aspectos positivos que tiene el niño del espejo, que son muchos, y que aprenda a valorarlo.</p>	5 min
---	---	-------

<b>SESION N° 2</b>		
<b>NOMBRE DE LA SESION</b>	<b>“COMUNICANDOME CON ASERTIVIDAD”</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar las habilidades de expresarse con seguridad y sin miedo a la verdad en Elizabeth y que sea capaz de identificar cuando alguien se expresa de forma agresiva, pasiva o asertiva</li> </ul>	
<b>DESARROLLO</b>	<p><b>Materiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápices, o colores.</li> <li>• Fotocopias de las Ficha de trabajo 1 y 2 para la paciente o laptop</li> </ul> <p><b>1. Información básica:</b></p> <p>¿PORQUÉ UNA PERSONAS NO ES HABILIDOSA SOCIALMENTE?</p> <p>Cuando la ansiedad provoca que ejecutemos comportamientos socialmente adecuados de forma parcial. Cuando hemos aprendido de manera inadecuada las habilidades sociales. Interpretamos determinadas situaciones sociales en función de creencias, ideas y pensamientos irracionales.</p>	<b>TIEMPO</b> 10 min.  25 min.



- Carecen de la capacidad para el trabajo en equipo
- Son incapaces de iniciar y aceptar cambios
- Se muestran poco competentes a nivel académico y/o laboral
- Manifiestan dificultades en su vida amical, familiar y de pareja
- Son considerados problemáticos, poco comunicativos y confiables
- No se sienten autor realizados y valorados socialmente
- Tienen sentimientos inadecuados de fracaso y frustración
- Son proclives a presentar estrés y desórdenes del comportamiento.

5 min

## 2. Reflexión:

**Quererse Uno Mismo Es Estar Seguro De Lo Que Soy.**

### SESION N° 3

NOMBRE DE LA SESION	“APRENDIENDO A VALORARME”	
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a la adolescente a apreciarse y a comprender que es única.</li> </ul>	
DESARROLLO	MATERIALES	TIEMPO
	<b>MATERIALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un cuaderno de habilidades</li> <li>• Lápiz o lapicero</li> <li>• Papelógrafo. tijeras</li> </ul> <b>Motivación:</b> Saludar a la paciente mostrando alegría y satisfacción por compartir esta sesión, reforzando la idea principal de la sesión anterior. <b>La facilitadora leerá la siguiente situación:</b>	10 min.



Anita es una niña que estudia en el colegio, generalmente saca buenas notas, se comporta bien y gusta ayudar a sus compañeros.

En el colegio han decidido enviar a visitar una fábrica de dulces a un grupo de alumnos y cada salón de clases tiene que elegir a tres alumnos. En el salón de Anita, ella ha sido seleccionada, sin embargo, ella decide no aceptar porque considera que hay otros niños que merecen ese premio y no ella.

El facilitador preguntara a los niños y niñas lo siguiente:

- ¿Qué observamos en esta situación?
- ¿Qué pasa con Anita?
- ¿Situaciones parecidas nos han sucedido alguna vez?

25 min.

5 min

#### **Definición teórica:**

La Valoración que nos damos a nosotros mismos es conocido como la autoestima que es; sentirnos bien con nosotros mismos sin importar necesariamente, el grado de nuestros logros. Incluye nuestro reconocimiento como seres únicos, así como la aceptación de uno mismo y lo vamos fortaleciendo conforme crecemos. Es importante saber que una persona que se valora así mismo va a realizar acciones positivas, utilizando los valores de tal manera que no se dañe ella ni dañe a los demás.

#### **Dinámica:**

El facilitador indicará a la paciente que trabajar en forma individual. Recortará una hoja de papel en forma de estrella, en medio de ella debe colocar su nombre y encada una de sus aristas deberá de escribir sus cualidades positivas y que debe de pintar una de ellas, que le hace sentir más importante y diferente a los demás.

El facilitador pegará y señalara que este es el cielo y le pedirá que coloquen su estrella en el cielo, al finalizar se le dirá que en el cielo hay muchas

estrellas, sin embargo, cada una de ellas es única y tiene su propio espacio y alumbría diferente y están importante como las demás, pues así también, somos nosotros todos juntos, constituyen un gran grupo.

El facilitador felicitará por su participación en la sesión.

### **REFLEXIÓN**

Todos somos únicos diferentes e importantes sin importar el grado de nuestros logros.

**Arequipa 29 de Agosto 2017**

---

**Korina Vilca Pilco**

Bachiller en Psicología

## **Cartilla1°**

### **VALORANDO NUESTRO CUERPO**

Instrucciones:

El facilitador solicitará a la participante que cierren los ojos, que escuche atentamente y que repitan cada oración que vaya leyendo el facilitador, acompañada de música instrumental que cause un efecto relajante.

• “Mi cuerpo es valioso e importante”
• “Mi cabello me protege del sol y del frío”
• “Mis ojos me permiten ver lo que sucede a mi alrededor”
• “Mi nariz me sirve para oler “
• “Mi boca me permite decir lo que siento y quiero”
• “Mis oídos me sirven para escuchar las diversas melodías”
• “Mis manos me permiten agarrar, tocar y acariciar”
• “Mis piernas me permiten trasladarme de un lugar a otro”
• “Todo mi cuerpo es importante, puedo aprender a cuidarlo, valorarlo y quererlo”
• “Yo soy importante” “Yo soy muy importante”
Y otras frases relacionadas a la paciente.

**“YO SOY ASI Y ME ACEPTO TAL COMO SOY”**

Fuente: Entrenamiento de Habilidades sociales MINSA

## **Cartilla 2°**

### **DERECHOS ASERTIVOS BÁSICOS**

1. Derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar de opinión.
7. El derecho a pedir lo que quieras (dándose cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no.).
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. El derecho a ser independiente.
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11. El derecho a pedir información.
12. El derecho a cometer errores y ser responsable de ellos.
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas.
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses siempre que no violes los derechos de los demás.
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquellos por lo que pagas.
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
20. El derecho a tener derechos y defenderlos
21. El derecho a ser escuchado
22. El derecho a estar sólo cuando así lo escogas.
23. El derecho a ser cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.

Fuente: Caballo E. V. (2007)

### ESTILOS DE RESPUESTA

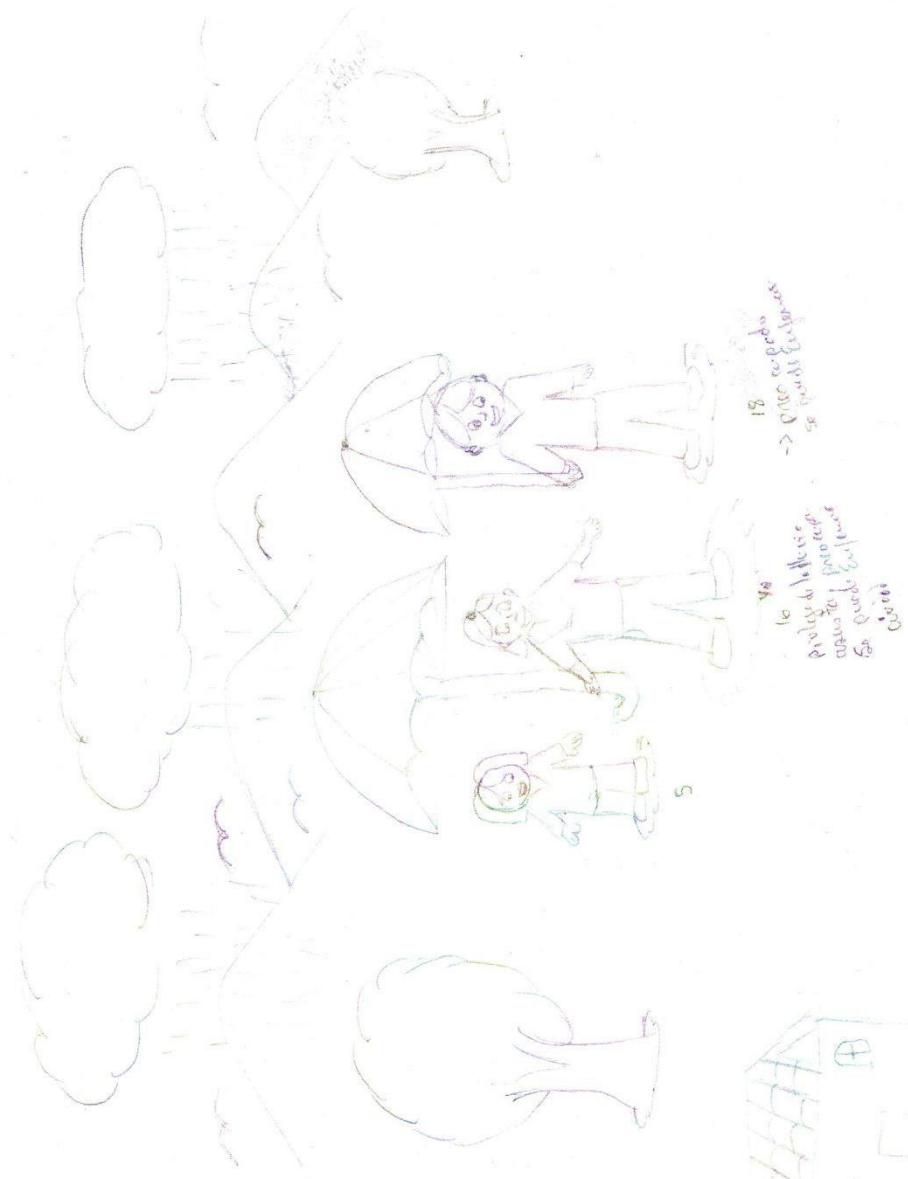
<b>SUMISO</b>	<b>ASERTIVO</b>	<b>AGRESIVO</b>
<p><b>Conducta No verbal.</b></p> <p>Ojos que miran hacia abajo, vacilaciones, gestos desvalidos, negando importancia a la situación, se retuerce las manos, tono vacilante o De queja, risitas “falsas”.</p>	<p><b>Conducta No verbal.</b></p> <p>Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona, honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a la situación; Manos sueltas.</p>	<p><b>Conducta No verbal.</b></p> <p>Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; Mensajes impersonales.</p>
<p><b>Conducta Verbal</b></p> <p>“Quizás”; “supongo”; “Te importaría mucho”; “solamente”; “no crees que”; “Ehh”; “Bueno”; “Realmente no es importante”; “No te molestes”.</p>	<p><b>Conducta Verbal</b></p> <p>“Pienso”; “siento”; “Quiero”; “Hagamos”; “Cómo podemos resolver Esto?; Qué piensas?; ¿Qué te parece?</p>	<p><b>Conducta verbal</b></p> <p>“Hariás mejor en”; “Haz”; “Ten cuidado”; “Debes estar Bromeando”; “Si no lo haces...”; “No sabes”; “Deberías”; “Mal”.</p>
<p><b>Efectos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>† Conflictos interpersonales.</li> <li>† Depresión.</li> <li>† Desamparo.</li> <li>† Imagen pobre de uno mismo.</li> <li>† Pierde oportunidades.</li> <li>† Tensión.</li> <li>† Se siente sin control.</li> <li>† Soledad.</li> </ul>	<p><b>Efectos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>† Resuelve los problemas.</li> <li>† Se siente a gusto con los demás.</li> <li>† Se siente satisfecho.</li> <li>† Se siente a gusto consigo mismo.</li> <li>† Relajado.</li> <li>† Se siente con control.</li> </ul>	<p><b>Efectos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>† Conflictos interpersonales</li> <li>† Culpa.</li> <li>† Frustración.</li> <li>† Imagen pobre de sí mismo.</li> <li>† Hace daño a los demás.</li> <li>† Pierde oportunidades.</li> <li>† Tensión.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>† No se gusta ni así mismo ni a los demás.</li> <li>† Se siente enfadado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>† Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades.</li> <li>† Se gusta así mismo y a los demás.</li> <li>† Es bueno para sí y para los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>† Se siente sin control.</li> <li>† Soledad.</li> <li>† No le gustan los demás.</li> <li>† Se siente enfadado.</li> </ul>
---	--	--

Fuente: Caballo E. V. (2007)



Elizabeth Martinez Chambri



Quand le temps passe,  
l'arbre devient plus gros.

10 00  
15 00  
20 00  
25 00

Quand le temps passe,  
l'arbre devient plus gros.

10 00  
15 00  
20 00  
25 00

## PERFIL DE INTELIGENCIA GENERAL

Nombre ELIZABETH

Edad 18

Sexo FEMENINO

Grado ACADEMIA

Sección 0

Fecha 20/07/2017

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	8	67	Término medio, posiblemente inferior al término medio
B	10	83	
C	10	83	
D	8	67	
E	3	25	
TOTAL CI	<b>39</b>	<b>50</b>	

### INTERPRETACION

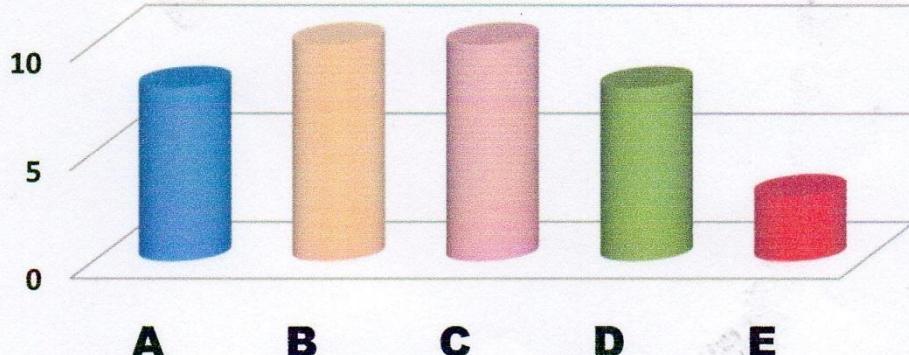
ELIZABETH de 18 años de edad

Tiene un Puntaje de **39** que lo ubica en el Percentil **50**

Nos indica que se ubica en la categoría de:

Término medio, posiblemente inferior al término medio

### PERFIL POR SUBESCALAS



Korina Vilca P.

## INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)

## MINI MULT

(Hoja de Respuesta)

F. Nac: 11/07/1999

Nombres y apellidos: E.

Edad: 18

Sexo: F

Estado Civil:

Grado de Instrucción: Secundaria completa

Ocupación: Estudiante

Fecha de Examen: 20/07/2017

1. V	13. V	25. V	37. V	49. V	61. V
2. V	14. V	26. V	38. V	50. V	62. V
3. V	15. V	27. V	39. V	51. V	63. V
4. V	16. V	28. V	40. V	52. V	64. V
5. V	17. V	29. V	41. V	53. V	65. V
6. V	18. V	30. V	44. V	54. V	66. V
7. V	19. V	31. V	43. V	55. V	67. V
8. V	20. V	32. V	44. V	56. V	68. V
9. V	21. V	33. V	45. V	57. V	69. V
10. V	22. V	34. V	46. V	58. V	70. V
11. V	23. V	35. V	47. V	59. V	71. V
12. V	24. V	36. V	48. V	60. V	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	4	4	4	9	10	10	4	7	8	9	8
Puntaje Equivalente	10	11	10	20	31	25	16	17	20	26	22
Añadir K				5			4		10	10	2
Puntaje Directo Corregido	10	11	10	25	31	25	20	17	30	36	24
Puntaje T	70	68	47	74	72	61	53	76	58	71	68
	+	±	±								

DIAGNÓSTICO: .....

