

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

**VIOLENCIA DE GÉNERO Y PATRONES DE LA
PERSONALIDAD**

POSTULANTE: LIZETH CRISTINA QUISPE MAMANI

TUTOR: MSC. MARCO SALAZAR MONTESINOS

LA PAZ – BOLIVIA

2021

RESUMEN

Desde hace muchos años se ha visibilizado la Violencia como un problema a nivel mundial. Esta problemática ha motivado a realizar la Investigación de Violencia de Género y Patrones de personalidad.

El objetivo está enfocado a ver la relación entre la violencia de género y la relación con los patrones de personalidad. en mujeres que sufren violencia.

Estas mujeres son madres de niños y niñas pertenecientes a primaria vocacional de la Unidad Educativa Jaime Escalante de la zona, alto a las delicias.

El método que se empleo es el Método Cuantitativo, Diseño no Experimental, los instrumentos fueron: Escala de Evaluación del tipo y fase de la Violencia de Género (Jarra y Romero 2010), Evaluación de Estrés Post Traumático (Echeburúa), Cuestionario Multiaxial de Millon II (Millon).

De acuerdo con los resultados se evidencia que las mujeres no denuncian, y presentan patrones de personalidad de ansiedad, distimia, depresión y que en el 85% las mujeres admiten haber sufrido violencia Psicológica que antecede a la Violencia Física, y solo un 15% solo violencia psicológica

Es importante realizar estudios en las mujeres que no denuncian para identificar las causas explicitas y así poder generar campañas de sensibilización y prevención primaria.

SE PORTABA MAL

KANY GARCIA – MON LAFERTE

*Se portaba mal, muy mal.
Había que agarrarle y jalarle el pelo
Pegar tres puños antes de ir a la cama
Y mañana, perdóname que te quiero!*

*Se portaba mal, muy mal
Tapaba la herida para ir trabajo
Y si una amiga pregunta dice:
Por la escalera caí hasta abajo*

*Se hizo un libreto: que se iba creyendo
Mentiras que iba ofreciendo
Hoy solo me queda el lamento*

*Me dijo todo esto quizás lo merezco
Seguro mañana despierto
Y el tipo me dice lo siento*

*Y se apagó como se apaga una vela encendida
Se sopla de golpe, se cierra la llama,
Se acaba la vida.....*

*Y así murió como se mueren miles cada día
Entre este silencio la culpa es del hombre
Pero también mía*

*Se portaba mal, muy mal
Eso le decían las viejas del barrio
Que aquí se nace pa' obedecerle
Y si algo duele lo vas guardando*

*Me dijo todo esto quizás lo merezco
Seguro mañana despierto
Y el tipo me dice lo siento*

*Y se apagó como se apaga una vela encendida
Se sopla de golpe, se cierra la llama,
Se acaba la vida.....*

*Y así murió como se mueren miles cada día
Y entre este silencio la culpa es del hombre
Pero también mia*

*Quiero que tú, que tú regreses
Pa' sacudir todo este llanto
Para decir perdóname
Por no hacer caso*

*Y así murió como se mueren miles cada día
Entre este silencio la culpa es del hombre
Pero también mia*

SI NO SE CUENTA, NO CUENTA.

DEDICATORIA

Por sobre todas las cosas a Dios por haberme dado la vida y permitido realizarme como persona, y haber culminado esta carrera profesional.

Dedico esta investigación a las mujeres que no tienen voz y que sufren de violencia.

A mis abuelos, Vicente, Fidel y Nicasia, agricultores y trabajadores de campo.

A mi familia, mi Padre Silverio Quispe, un hombre luchador y muy trabajador y mi madre Amalia Mamani, por su esfuerzo y dedicación a la familia.

A mis hermanos Ariel, Aylin y Ronald Quispe, por su apoyo en todas las etapas de mi vida y a mi hijo Mathiw Ticona, mi pequeño con TDAH que me enseñó amar sin condiciones que me llena de amor y ternura.

A mis tías , Tiburcia, Maria y Teofania, que me enseñaron a luchar por un hijo.

A mis primas y primos que me apoyan y forman parte de mi paso por esta vida.

A todos que son los pilares de mi vida.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A Dios por su amor infinito y no abandonarme nunca.

A la U.M.S.A. , a la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Al Lic. Marco Fernández Motiño, Director de la Carrera de Psicología, por su guía y apoyo desde el inicio y por su calidad docente.

A todos los docentes de la Carrera de Psicología por sus enseñanzas y guía.

A mi tutor Lic. Marco Antonio Salazar por sus enseñanzas y guía, por su excelencia en docencia.

A mis amigos y compañeros de carrera, Isabel Yampara y Mónica Rodríguez , amigas de la vida, a Juan Lequepi , Juan Gunnar Miguez por su apoyo.

A cada una de mis amigas que permiten ser parte de su vida, por apoyar mis ideas y proyectos.

A todos y todas que pasaron por mi vida académica y personal, de todos aprendí y los recuerdo con cariño.

INDICE

INTRODUCCION.....	i
CAPITULO I	
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION	
1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA	1
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.3 OBJETIVOS.....	2
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	2
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
1.4 HIPÓTESIS.....	2
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	3
CAPITULO II.	
MARCO DE TEORICO	
2.1. HISTORIA DE LA VIOLENCIA	5
2.2. VIOLENCIA.....	5
2.2.1. CONCEPTO DE VIOLENCIA.....	8
2.2.2 CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	9
2.2.3. CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	10
2.2.4 MODELO EXPLICATIVO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	12
2.5 FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.....	13
2.5.1 FORMAS “CLASICAS” DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA”.....	14
2.5.1.1 Violencia física.....	14
2.5.1.1.1 Conductas “activas	14
2.5.1.1.2 Conductas “pasivas	14
2.5.1.2 Violencia sexual	14
2.5.1.3 Violencia o maltrato económico	15
2.5.1.4 Violencia ambiental.....	15
2.5.1.5 Violencia psicológica	15
2.5.1.5.1 Maltrato de control.....	17
2.5.1.5.2 Maltrato Emocional.....	17
2.5.1.5.3 Otras formas de violencia hacia la mujer.....	19
2.5.1.5.3.1 Micromachismos y violencia contra la mujer.....	19
2.5.1.5.3.2 Micromachismos coercitivos.....	20
2.5.1.5.3.3 Micromachismos encubiertos.....	20
2.3 TIPOS DE VIOLENCIA	21
2.3.1 VIOLENCIA FÍSICA	22
2.3.2 VIOLENCIA SEXUAL.....	22
2.3.3 VIOLENCIA ECONÓMICA	22
2.3.4 VIOLENCIA PSICOLÓGICA.....	22
2.4 CICLO Y FASES DE LA VIOLENCIA.....	23
2.4.1 PRIMER FASE - Aumento de la tensión	25
2.4.1.1 La mujer.....	25
2.4.1.2 El hombre.....	26

2.4.2 SEGUNDA FASE Incidente agudo de agresión	27
2.4.3 TERCERA FASE. Arrepentimiento y Comportamiento Cariñoso	29
2.5 TIPOS DE VIOLENCIA EN BOLIVIA.....	33
2.5.1 LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA (LEY N° 348).....	33
2.6 LA VIOLENCIA EN CIFRAS.....	36
2.6.1 EN EL MUNDO	36
2.6.2 EN BOLIVIA.....	37
2.7 PERSONALIDAD.....	38
2.7.1 LA TEORÍA DE MILLON.....	39
2.7.1.1 1ra Dimensión de la Personalidad según Millón.....	42
2.7.1.2 2da Dimensión de la personalidad según Millón.....	42
2.7.2 Características Del Modelo De Personalidad De Millón.....	44
2.7.2.2.1 Perspectiva teórica integradora: la sinergia.....	44
2.7.2.2.2 Énfasis en el concepto de Estilo.....	44
2.7.2.2.3 Incorporación de los principios de la teoría evolucionista.....	44
2.7.2.2.4 Continuidad entre normalidad y patología.....	44
2.7.2.2.5 Énfasis en el desarrollo de la personalidad	45
2.7.3 ELEMENTOS DE LA PERSONALIDAD.....	45
2.7.4 PRINCIPIOS EVOLUTIVOS Y ECOLÓGICOS DEL INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON MCMII – II.....	46
2.7.4.1 DESCRIPCION DE CADA ESCALA DEL MCMII-II.....	46
2.7.4.1.1 PATOLOGIA MODERADA DE LA PERSONALIDAD.....	46
2.7.4.1.1.1 Escala 1: ESQUIZOIDE.....	46
2.7.4.1.1.2 Escala 2 FOBICA (evitativa).....	47
2.7.4.1.1.3 Escala 3: DEPENDIENTE (sumisa).....	47
2.7.4.1.1.4 Escala 4: HISTRIONICA.....	47
2.7.4.1.1.5 Escala 5: NARCISISTA.....	48
2.7.4.1.1.6 Escala 6 A: ANTISOCIAL.....	48
2.7.4.1.1.7. Escala 6 B: AGRESIVO- SADICA.....	49
2.7.4.1.1.8. Escala 7: COMPULSIVA (rígida).....	49
2.7.4.1.1.9 Escala 8 A: PASIVO- AGRESIVA (negativista).....	49
2.7.4.1.1.10 Escala 8B AUTODESTRUCTIVA (masoquista)	50
2.7.4.1.2 PATOLOGIA SEVERA DE LA PESONALIDAD.....	50
2.7.4.1.2.1 Escala S: ESQUIZOTIPICA.....	50
2.7.4.1.2.2 Escala C: LIMITE (bordeline).....	50
2.7.4.1.2.3 Escala P: PARANOIDE	51
2.7.4.1.3 SINDROMES CLINICOS MODERADOS DE LA PERSONALIDAD.....	51
2.7.4.1.3.1 Escala A: ANSIEDAD.....	51
2.7.4.1.3.2 Escala H: HISTERIFORME (tipo somatoforme).....	51
2.7.4.1.3.3. Escala D: NEUROSIS DEPRESIVA (distimia).....	51

2.7.4.1.3.4. Escala N: HIPOMANIA.....	52
2.7.4.1.3.5 Escala B: ABUSO DE ALCOHOL	52
2.7.4.1.3.6 Escala T: ABUSO DE DROGAS	52
2.7.4.1.4 SINDROMES CLINICOS SEVEROS DE LA PERSONALIDAD.....	53
2.7.4.1.4.1 Escala SS: PENSAMIENTO PSICOTICO	53
2.7.4.1.4.2. Escala CC: DEPRESION MAYOR	53
2.7.4.1.4.3. Escala PP: TRASTORNO DELIRANTE	53
2.8 CLASIFICACION DE LOS PATRONES O TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL DSM V	54
2.8.1 PATRONES DE LA PERSONALIDAD	54
2.8.1.1 Grupo A.....	54
2.8.1.2 Grupo B.....	56
2.8.1.3 Grupo C.....	59
2.9 TRASTORNO POR ESTRÉS POST TRAUMATICO SEGÚN EL DSM V	62

CAPITULO III.

MÉTODO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	66
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	66
3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	66
3.2 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	67
3.2.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	67
3.2.1.1 VIOLENCIA DE GÉNERO.....	67
3.2.1.2 PATRONES DE LA PERSONALIDAD.....	67
3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	68
3.3.1 VIOLENCIA DE GÉNERO.....	68
3.3.2 PATRONES DE LA PERSONALIDAD.....	69
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	71
3.4.1 POBLACIÓN	71
3.4.2 MUESTRA.....	71
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	72
3.5.1 Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara y Romero 2010.....	72
3.5.2 Escala de Gravedad de síntomas de estrés post traumático.....	73
3.5.3 Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon - II (MCMÍ - II).....	73
3.6 PROCEDIMIENTO.....	74

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de las condiciones sociodemográficas.....	75
4.2 . Análisis descriptivo de las condiciones de maltrato y violencia.....	79

4.3. Análisis descriptivo del tipo y fase de la violencia de género.....	85
4.4. Análisis descriptivo de los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático.....	89
4.4.1. Reexperimentación.....	89
4.4.2. Evitación.....	90
4.4.3. Alteraciones cognitivas.....	91
4.4.4. Aumento.....	91
4.4.5. General.....	92
4.4.6. Síntomas disociativos.....	93
4.4.7. Síntomas disociativos después de 6 meses del suceso.....	93
4.4.8. Disfuncionalidad en la vida cotidiana.....	94
4.4.9. Comparativa entre los distintos tipos de síntomas y de la intensidad del trastorno de estrés post traumático.....	94
4.5. Análisis descriptivo de los patrones de personalidad.....	95
4.5.23. Resumen comparativo de los patrones de personalidad.....	107
4.6. Análisis correlacional de las fases de violencia con patrones de personalidad.....	109
4.6.1. Correlación de la fase de violencia física con patrones de personalidad.....	111
4.6.2. Correlación de la fase de agresión física con patrones de personalidad.....	112
4.6.3. Correlación de la fase de violencia psicológica con patrones de Personalidad.....	113
4.7. Análisis correlacional de síntomas de estrés postraumático con patrones de personalidad.....	114
4.7.1. Correlación de síntomas de re experimentación con patrones de personalidad ..	117
4.7.2. Correlación de síntomas de evitación con patrones de personalidad.....	118
4.7.3. Correlación de síntomas de aumento con patrones de personalidad	119
4.7.4. Correlación de síntomas disociativos con patrones de personalidad.....	120
4.7.5. Correlación de síntomas disociativos después de 6 meses del suceso con los patrones de personalidad.....	121

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.....	122
5.2 RECOMENDACIONES.....	126
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	130
ANEXOS.....	133

VIOLENCIA DE GÉNERO Y PATRONES DE LA PERSONALIDAD

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno que desde la década de los 90 ha cobrado mucho interés por las crecientes estadísticas que develan un sistemático ejercicio de violencia hacia las mujeres, por ello se han creado diferentes formas de prevenirla, de establecer acciones frente a las víctimas y de sancionar a los agresores. Estas acciones llevan a establecer Leyes, Reglamentos, Normativas y otros para proteger a la mujer.

A nivel mundial se ha considerado la Violencia en razón de género, como pandemia silenciosa, por el hecho de que se reprime las consecuencias, porque la mayoría de los casos se da en entornos privados y por ello la denuncia y asistencia no es oportuna y adecuada al contexto en el que se presenta.

A nivel nacional se considera la Violencia de género como problema de salud pública por los índices de víctimas de Violencia que cada año se va incrementando. Lo más notable o visible es el feminicidio, debemos entender que la muerte de una mujer es solo la culminación del ejercicio sistemático de la violencia, que la violencia se da en diferentes contextos familiares y personales, que se da entre las familias en un ámbito privado y que en este ámbito el callar el no hablar es la característica de la naturalización de la misma, y se debe prevenir en las primeras etapas.

Según señalan las estadísticas de 10 mujeres; 8 sufren o sufrieron algún tipo de violencia, de estas 8 , solo 3 denuncian y solo de 0,5 a 1 llega a una sentencia judicial, es decir 2 de los casos ,quedan en denuncia, de las 8 que sufren o sufrieron violencia 4 no denuncian o no denunciaron y sufren violencia de forma continua y sistemática por el solo hecho de ser mujeres. Al ser víctimas de violencia presentan consecuencias físicas y psicológicas.

Las mujeres que callan y no denuncian han desarrollado maneras o formas de adaptación y van naturalizando la violencia, cual es el caso de este estudio.

La presente investigación establece el tipo y fase de violencia de género y su relación significativa con los patrones de la personalidad de las madres de la Unidad Educativa Jaime Escalante del macro distrito periférica de la ciudad de La Paz.

Como se evidencia las madres han desarrollado patrones de personalidad que son característicos de vivir constantemente situaciones de violencia y negación o minimización de la misma, ya que al callar ,no denunciar y minimizar los hechos ,las consecuencias de ansiedad , hipervigilancia, depresión y otras, están presentes en ellas, lo que no asumen como tal y conlleva a situaciones de tensión con lo cual la salud psicológica y física se ve afectada, ya que no se manifiesta y no se trata como problema , más aun cuando en las mujeres se evidencia sentimientos de culpa y distorsión cognitiva en el estallido de la fase de violencia, es decir ellas sienten culpa y se hacen responsables de la misma, permaneciendo en un ciclo de violencia que se repite por años, sin que las mujeres crean que esto sea un problema sino parte de la rutina familiar y por ende se tiende a repetir las historias con los hijos e hijas.

CAPITULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION

1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA

La violencia de género es una problemática social histórica que ha sido inculcada e instaurada a través de la práctica cultural y la interacción social, subsecuentemente durante la evolución del ser humano (Mujeres y hombres).

Ahora bien, la presente investigación científica psicológica, se la realiza a partir del área de la psicología social, clínica y de la salud (Prevención primaria), porque realiza la evaluación y el análisis de la violencia de género y su relación con los patrones de la personalidad.

Así mismo, y necesariamente, esta problemática socio histórica para su estudio se la debe abordar desde una perspectiva multidisciplinaria, ya que el origen de sus causas son multifactoriales, también, porque estas variables de investigación están sujetas al continuo cambio y multiplicidad del comportamiento humano.

Desde esta perspectiva se hace el estudio en mujeres que sufren o sufrieron violencia pero no denunciaron a los agresores.

Por ello, este trabajo, toma el marco de referencias de la Ley N° 348, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, el Código Penal – Ley N° 1768 de 10 de marzo de 1997, en la misma se incluye la sanción correspondiente para quienes cometan el delitos de “Violencia”, protege de alguna manera la integridad física y psicológica y el derecho pleno a la vida de las mujeres. También, se toma en cuenta las Resoluciones dictadas en las Declaraciones a nivel internacional por los diferentes países debido a las circunstancias y momentos de esta problemática social para su tratamiento común. Estas normativas a nivel local e internacional se lo han efectuado para controlar o regular la conducta humana, tanto de mujeres y hombres en pro de su desarrollo saludable e integral. Lo cual, se ha y trabaja a partir de la ciencia del derecho. Además, el abordaje de esta investigación toma en cuenta antecedentes conceptuales como teóricos desarrollados por la sociología para la comprensión de la violencia de género, ya que es una problemática colectiva – social y publica.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación significativa entre la Violencia de Género y los patrones de personalidad de madres de familia de la U.E. Jaime Escalante de la ciudad de La Paz?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el grado de relación de la violencia de género y los patrones de la personalidad en mujeres – madres de familia del Nivel Primaria Comunitaria Vocacional de la Unidad Educativa “Las Delicias, Profesor Jaime Escalante”, de la ciudad de La Paz.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la presencia de violencia de género en las mujeres- madres.
- Evaluar los niveles de violencia de género.
- Evaluar los factores psicosociales de la violencia de género.
- Evaluar los patrones de personalidad y factores de riesgo.
- Clasificar los tipos de patrones de personalidad que presentan las mujeres – madres de familia.
- Establecer el grado de relación significativa de la violencia de género y los patrones de personalidad.

1.4 HIPÓTESIS

H1

La violencia de género tiene un grado de relación significativa con los patrones de la personalidad en mujeres – madres de familia, de la Unidad Educativa “Las Delicias, Profesor Jaime Escalante”, de la ciudad de La Paz.

H2

La violencia de género no tiene un grado de relación significativa con los patrones de la personalidad en mujeres – madres de familia, de la Unidad Educativa “Las Delicias, Profesor Jaime Escalante”, de la ciudad de La Paz.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La violencia en el hogar ha experimentado un desarrollo desmedido en las dos últimas décadas. Se trata de un fenómeno epidémico que, al hilo de la mayor complejidad de la sociedad actual, del nuevo rol de la mujer y de la desaparición de los factores inhibitorios para la conducta violenta de tipo religioso y moral, ha crecido a un ritmo más rápido incluso que los accidentes de coche, las agresiones sexuales y los robos. En realidad, la familia es el foco de violencia más destacado de nuestra sociedad (Echeburúa, E. y De Corral, P., 2002, citado en Urra, P. J., 2002, pág. 377).

Como menciona Corsi: el hogar –lugar, en principio, de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano (si lo planteamos de forma idónea)- puede llegar a ser un sitio de riesgo por conductas violentas, sobre todo cuando estas quedan impunes. la familia por ser una institución cerrada- constituye un caldo de cultivo apropiado para las agresiones repetidas y prolongadas. En estas circunstancias las victimas pueden sentirse incapaces de escapar, de las agresoras al estar sujetas a ellos por la fuerza física, la dependencia emocional, el aislamiento social o distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales.

Por lo que siendo se deja ver que la mayor expresión de la violencia de genero está en el núcleo cerrado, llamado hogar, ya que: cuando un hombre sufre una agresión, esta tiene lugar habitualmente en la calle y suele estar asociada a un robo, una pelea, un ajuste de cuentas o un problema de celos y otros que se dan en el contexto. Lo que no sucede con las mujeres, por el contrario, al menos en la mayoría de los casos, cuando son víctimas de actos violentos, suelen sufrirlos en el hogar y a manos de su pareja, esto en un contexto cerrado, por lo que se hace más frecuente pero no se manifiesta o se hace público, es más se minimiza. (Echeburúa, E. y De Corral, P., 1998, citado en Urra, P. J., 2002, pág. 377).

La violencia de género en el hogar supone un intento de control de la relación en forma de abuso de poder. Así, los maltratadores suelen ser los hombres y las victimas suelen ser las mujeres, los niños y los ancianos, es decir, los sujetos más vulnerables en el seno

de la familia, que al tener una dinámica propia da pie a callar minimizar o naturalizar las conductas violentas.

En este entendido debemos establecer que el “maltrato físico” y del “maltrato sexual”, que son fácilmente identificables y visibles, pero en la mayoría de los casos el “maltrato psicológico” es más sutil en cuanto a su detección, que genera unas consecuencias negativas en la salud y el bienestar emocional de la mujer y que se manifiesta de diverso modos:

- a) Desvalorizaciones continuas (En forma de críticas corrosivas y humillaciones);
- b) Posturas y gestos amenazantes;
- c) Imposición de conductas degradantes;
- d) Intentos de restricción (Control de las amistades, limitación del dinero, restricción de las salidas de casa, y otros);
- e) Conductas destructivas (Referidas a objetos de valor económico o afectivo o incluso al maltrato de animales domésticos); 6) Culpar a la mujer de las conductas violentas de él agresor, (Echeburúa, E., 1994, citado en Urra, P. J., 2002, pág. 378).

Por lo que la “violencia psicológica”, es mucho más intensa y permanente, caracterizada por las conductas ya mencionadas, y genera además consecuencias clínicas negativas en la víctima: estrés postraumático, depresión, aislamiento social, déficit de autoestima, y otros (Echeburúa, E. y De Corral, P., 2002).

En este entendido la presente investigación, plantea el estudio de la “violencia de género” que está o han atravesado las mujeres – madres de familia de la Unidad Educativa “Las Delicias, Profesor Jaime Escalante”, estas madres no denunciaron a su agresor. Al ser un grupo en su mayoría, migrantes del área rural del departamento de La Paz, de clase social económica media y baja respectivamente, estas son, algunas de las características demográficas, que sustentan la posibilidad de que las mismas han o presentan características de sufrir violencia de género.

CAPITULO II.

MARCO DE TEORICO

2.1. HISTORIA DE LA VIOLENCIA

Es evidente que los antecedentes de la violencia intrafamiliar están ligados íntimamente a la Violencia de Género que arrastra y conduce a la Violencia hacia las mujeres, tiene su inicio desde la misma aparición del hombre y la conformación de familia como base del relacionamiento social. En esta temática la violencia ha sido permanente y recientemente abierta a espacios de equidad e igualdad (Alberdí y Matas: 2002).

La violencia intrafamiliar es un problema social de grandes dimensiones que atraviesa a mujeres de distintos países, culturas, condición social, niveles de educación religión, raza, etnia y edad, además considerado como una violación a los derechos humanos. La violencia a tenido diversas interpretaciones desde sus motivaciones, orígenes y efectos. Diferentes teorías como la Biológica, sociológica, psicosociales, psicológicas, ecológicas, multidimensionales, dan cuenta sobre las causas que llevan a estas personas a agredir o permanecer en situaciones de violencia.

La violencia contra la mujer según la declaración de las naciones Unidas (1993) “constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelante pleno de la mujer”.

El planteamiento de las Naciones Unidas (1993) sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer señala que la violencia es cualquier acto basado en género que resulte en daños o prejuicios psicológicos, sexuales, físicos, incluyendo amenazas de tale actos, privación de libertad tanto en la vida pública como en la privada. La expresión de violencia de género, se refiere a las creencias, actitudes, sentimientos, valores y conductas que marcan la diferencia entre hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social (Leonor Cantera 2005).

La violencia se trata de una de las formas más extendidas y utilizadas tanto por la población en general como por los medios de comunicación – especialmente en el

periodo estudiado, pues la formula “violencia de género” ha cobrado mayor presencia-. En su libro “Las semillas de la violencia” el psiquiatra español Luis Rojas Marcos habla de “violencia familiar”, “violencia doméstica” o “abuso en la intimidad”, y centra su análisis justamente en este factor espacial o privado, explicando que la “agresión sádica” repetida y prolongada, se produce especialmente en situaciones de cautiverio, donde la víctima es prisionera e incapaz de escapar a su verdugo y es subyugada por fuerzas físicas o psicológicas superiores. Esta condición se da con especial frecuencia dentro del seno de la familia, las mujeres y los niños han sido tradicionalmente las víctimas más frecuentes de la agresión, puesto que su menor fortaleza física les hace objetos más fáciles de explotación y de abuso (1995, p. 16).

El termino de violencia domestica alude a todas las formas de abuso en las relaciones entre quienes sostienen o que han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable. Se denomina relación de abuso aquella forma de interacción que enmarca de un contexto de desequilibrio de poder, incluyendo conductas de una de las partes que por acción u omisión ocasionan daño físico y/o psicológico al otro miembro de la relación. (Jorge Corsi 2006)

En este sentido estricto la violencia domestica significa cualquier tipo de violencia que ocurre en el seno de la familia, el termino domestica proviene del latín domus que significa casa por lo que se puede decir que violencia doméstica o violencia intrafamiliar son términos similares.

2.2. VIOLENCIA

A pesar de que la violencia en general ha sido un problema social importante, apenas en las últimas décadas del siglo XX se comienza a enfrentar la violencia familiar de manera abierta a través de políticas públicas de dimensiones internacionales, gracias al reconocimiento del problema y sus dimensiones, para poner en marcha medidas y acciones para enfrentarlo. Es difícil extraer una definición única de violencia, debido a las connotaciones sociales que ésta posee.

La Organización Mundial de la Salud (2002) define la violencia como: El uso intencional y deliberado de la fuerza o el poder físico, ya sea como un hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y atenta contra el derecho a la salud y la vida de la población (OMS, 2002, p. 3).

Berumen (2003) menciona que se considera violencia al daño o sufrimiento físico o moral de una persona, causada por otra. Por su parte, Domínguez (2003) define la palabra violencia desde el marco etimológico según el cual la palabra violencia se refiere al hecho de estar fuera del estado natural de proceder, o bien, actuar con fuerza.

Ruiz de Vargas, Roperio, Amar, y Amarís (2003) señalan que la violencia es un estilo de vida, un estilo de relación entre los seres humanos y una forma altamente destructiva de resolver conflictos y de comunicarse con otro ser humano. Además, se entiende a la violencia como propia de las relaciones de dominación y subordinación de las estructuras jerarquizadas y se considera un mecanismo para mantener el poder frente a alguien a quien no se reconoce como igual. Por lo mismo la familia se convierte en un foco generador de violencia, donde las pautas socializadas reproducen muchos de los esquemas generadores de violencia como el machismo.

Las víctimas de violencia, a pesar de ser conscientes de estar siendo agredidas, no son capaces de romper los vínculos que las unen a su agresor. Este es un fenómeno que no se entiende desde fuera del círculo de amor-violencia que en ocasiones se establece en las relaciones personales. Estos son solo indicios de algo que se nos hace difícil de aceptar: que la violencia no es ajena al mundo de los afectos, que forma parte de las relaciones afectivas.

La violencia dentro de las relaciones es un continuo que va desde las formas más sutiles (en muchos casos, socialmente aceptadas y a las que estamos tan acostumbrados que vivimos como parte lógica de la vida y ni siquiera percibimos a veces como violencia) digámoslo como lo puede ser una grosería o la omisión de afecto, hasta las formas más extremas de maltrato como son los golpes. El maltrato es uno de los extremos de la

violencia. Las personas que maltratan poseen menos recursos personales, una historia destructiva detrás de una falta de empatía, en algunos casos psicopatologías asociadas y una serie de factores que les hacen llegar a ese extremo (Hornos, 2009).

La violencia en contra de las mujeres constituye una de las principales causas de violación de los derechos humanos, se ha convertido en un importante problema de salud. El impacto negativo de la violencia contra la mujer en la sociedad mundial, hace necesario revelar su verdadera dimensión, su tendencia y severidad, con el objetivo de disminuir dicha violencia que día a día va en aumento en cada uno de nuestros contextos muchas veces en nuestro propio hogar, así como en la forma de abordar la manera en que se desarrolla o expresamos la cultura, y con la investigación de este tema solo llegamos al mismo punto principal que es eliminarla y para un inicio disminuirla severamente.

2.2.2.1. CONCEPTO DE VIOLENCIA

El concepto de violencia ha sido analizado a lo largo de varios años. Sin embargo, ya que a esta investigación le compete un tipo explícito de violencia, solo revisaremos uno de los conceptos más usados y recientes acerca de ésta.

Violencia se refiere a conductas o actitudes relacionadas con ejecutar fuerza, ya sea verbal o física, hacia otra persona, animal u objeto; repercutiendo así en algún daño psicológico o físico.

Se entiende por violencia a aquellos actos que tengan que ver con el ejercicio de una fuerza verbal o física sobre otra persona, animal u objeto y que tenga por resultado la generación de un daño sobre esa persona u objeto de manera voluntaria o accidental. La violencia puede, además, ser ejercida por una persona sobre sí misma.

Se estima que la violencia es el acto de ejercer algún tipo de agresión sobre otro o sobre uno mismo. Este acto de agresión implica el daño o destrucción a través de muy diversos métodos que pueden ir desde lo físico y corporal hasta lo verbal y lo emocional. Aunque en la mayoría de los casos la violencia es explícita y visible, muchas veces, la presencia de la violencia puede ser tácita o implícita. En estos casos, la

misma se ejerce desde acciones tales como la persecución subliminal, la censura implícita y el autocontrol que se espera generar en diferentes individuos (Definición ABC, 2007).

La violencia de género está definida como aquellos comportamientos deliberados y conscientes, que pueden causar daños corporales o mentales, ejercidos de un sexo hacia otro. Por lo general, el concepto se utiliza para nombrar a la violencia contra las mujeres, donde el sujeto pasivo es del género femenino, sin embargo, también incluye las agresiones físicas de una mujer a un hombre el cual en el último siglo a tomado mayor auge (Salas 2014).

La sociedad continúa alimentando valores desiguales entre hombres y mujeres, de manera que se crean caminos excluyentes. Los avances a nivel educativo han demostrado un esfuerzo notable, sin embargo, la perspectiva patriarcal sigue predominando los hogares y esto repercute en muchos aspectos, como las formas de relación que están socialmente permitidas, el entorno familiar, las relaciones sociales y las constantes interacciones de las que forman parte los individuos.

2.2.2.2 CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Hablar hoy en día de violencia de género significa traer a colación uno de los problemas sociales más acuciantes y de mayor importancia dentro de la prevención e intervención psicológica en los ámbitos familiar, comunitario e individual, pero también, por supuesto, dentro del ámbito educativo.

Violencia de género es un término del ámbito social y legal que ha sido y es muy discutido en los últimos tiempos, ya que existen definiciones ambiguas sobre este tema. *“La violencia de género es cualquier agresión física, psicológica o económica dirigida en contra de las mujeres por el hecho de ser mujer”* (Juzgado de violencia contra la mujer, 2006).

La violencia de género abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e

integridad moral y/o física. (Velásquez, 2003).Dicho término tiene su antecedente en la Declaración de la ONU sobre Eliminación de la Violencia contra las Mujeres -aprobada el 20 de diciembre de 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas- la normativa internacional generalmente utiliza el término “violencia de género o violencia contra las mujeres”, como víctimas más habituales de las agresiones. (CINDOC, 2010). La Violencia de género se define según las Naciones Unidas (1993) como “ todo acto de violencia basado en el género que produzca o pueda producir daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o privación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida privada o en la pública” (ONU, 1993). Por lo que entendemos: La violencia de género es una forma agresiva de relación basada en el control y el abuso de poder sobre la mujer, ejercido a través de malos tratos físicos, psicológicos o sexuales, de distinta intensidad y mediante procedimientos que pueden ser más o menos sutiles (Davies, 1998; Kelly, 2000; Ferre y Bosch, 2005, citado en Soletto, M. H., 2015, pág. 106).

2.2.3. CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Recientemente con el fin de superar el análisis de la problemática por medio de factores aislados se han propuesto modelos complejos para el estudio de la violencia de género. Los factores de riesgo de la violencia familiar y de género analizados hasta ahora según Torres (2001) se insertan en tres tipos de modelos explicativos:

MODELO EXPLICATIVO

- | | |
|---|--|
| a) Modelos Individuales y psicológicas (teorías de aprendizaje) | Estos modelos destacan aspectos personales de los sujetos implicados en una relación de violencia que también pueden conjugarse el consumo de drogas, alcohol, desempleo, incompatibilidad, frustración, psicopatologías, deficiente autocontrol. Se habla entonces de una combinación de psicopatologías individuales, así como de comportamientos aprendidos en la |
|---|--|

infancia.

- b) Modelos Familiares (teorías de género) Estos modelos sostienen que además de las características individuales hay que analizar las relaciones que se producen en el núcleo de convivencia. Al observar la dinámica de la familia es posible identificar los puntos de conflicto, mejorar la comunicación y evitar los estallidos violentos.
- c) Modelos socioculturales (Teorías sociológicas y antropológicas) Estos modelos proponen ver más allá del individuo y de la familia, es decir, analizar la conformación misma de la estructura social y el régimen dominante (patriarcado).

De acuerdo con este enfoque, las causas de la violencia deberán buscarse en las pautas de socialización, en los contenidos de la educación formal e informal, en los mensajes transmitidos en los medios, en la conformación de las instituciones, etc. Estos son, entonces, los espacios donde tendrían que producirse cambios sustanciales para poder eliminar la violencia. El modelo sociocultural, utilizado con particular interés por la teoría feminista, ha sido de gran utilidad para demostrar que la violencia contra las mujeres es un fenómeno estructural, funcional dentro del sistema y útil para mantener el orden establecido. Sin embargo, el modelo sociocultural es

insuficiente para explicar a) por qué algunos hombres maltratan y otros no. Tampoco explica b) qué condiciones permiten que algunas mujeres logren salir de la relación de violencia y otras no.

2.2.4 MODELO EXPLICATIVO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

De acuerdo a las indicadas definiciones, la variable que origina y mantiene esta violencia está vinculada a distorsiones, valores, creencias y sesgos tradicionales machistas que presenta el agresor sobre (Arias, F., 2015, citado en Soletto, M. H., 2015, pág. 107):

- Los “mandatos” y funciones que considera propias de cada género,
- La desigualdad que implica pertenecer a un género u otro y el desigual reparto de poder que conlleva,
- Los roles sexuales,
- Cómo “debe” ser una relación de pareja,
- La legitimación y el derecho que cree que ostenta para usar la violencia con el fin de mantener el “orden” que considera correcto.

Estas distorsiones dan lugar a otras como la minimización, normalización y justificación de la violencia, así como, a considerar y transmitir a la víctima que ella tiene la culpa o merece las agresiones. Si bien, la causa profunda de la violencia de género tiene que ver con esa forma machista de interpretar el mundo y las relaciones, así como, con justificar la violencia

En este sentido, en las situaciones específicas de violencia de género pueden concurrir diversos factores que, en ocasiones, precipitan la agresión (alcoholismo, celos, impulsividad, etc.) pero no la explican en su totalidad porque la causa real que subyace en este tipo de violencia es la necesidad de control, así como, los sesgos de pensamiento machistas del agresor (Arias, F., 2015, citado en Soletto, M. H., 2015, pág. 108).

Otra característica fundamental de la violencia de género es que suele iniciarse en una etapa muy temprana de la relación y ser muy continuada en tiempo. Alcázar y Gómez-Jarabo (2001), citado en Soletto, M. H. (2015) señalan que en el 50% de los casos en los que se producen estas agresiones, la violencia comenzó antes del matrimonio, pese a lo cual, la pareja se casó, y que un 26% de las víctimas tarda una media de cinco años antes de separarse de su agresor (Págs. 108 - 109).

2.2.5 FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Como ya se ha indicado, la violencia contra la mujer por razón de género es un fenómeno que afecta a ésta independientemente de la cultura, de un modo universal y multidimensional (Menéndez, Pérez y Lorence, 2013). Numerosos estudios e investigaciones han tenido como objetivo identificar las diferentes formas en que esta violencia puede presentarse. Tradicionalmente la literatura científica ha clasificado en tres grandes grupos el maltrato al que puede verse sometida una mujer centrándose, sobre todo, en el ámbito de las relaciones de pareja: a) Físico, b) Psicológico o emocional y c) Sexual.

Son las agresiones físicas leves y las psicológicas en todas sus formas las que presentan una mayor prevalencia (Graña y Cuenca, 2014; Sanmartín, 2007). Asimismo, se han incluido dentro de la tipología de maltrato o violencia psicológica algunas situaciones o comportamientos que en la actualidad se consideran con entidad suficiente para entenderse como un tipo específico de violencia en sí mismos (Bonino, 2000; Fernández, 2005; Ferrer, Fiol, Guzmán, Palmer, y Buades, 2008; Muñoz y Echeburúa, 2016). Por ejemplo, la violencia económica o la violencia patrimonial. Según varias autoras, la violencia psicológica es, además, un tipo de violencia que supone un problema tanto instrumental como estructural (Expósito, 2011; Herrera y Expósito, 2014). En general podríamos hacer un breve repaso en cuanto a las diferentes categorías y clasificaciones clásicas de violencia hacia la mujer en la pareja, haciendo hincapié más adelante en las formas menos estudiadas por tratarse de formas de violencia más

encubiertas, pero con graves consecuencias para la mujer, y no centradas únicamente en las relaciones de pareja.

2.2.5.1 FORMAS “CLASICAS” DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA.

Como se ha indicado, las formas de ejercer violencia contra la mujer más estudiadas han sido:

2.2.5.1.1 Violencia física

Encuadraría cualquier conducta que implique la intención de dañar o provocar algún tipo de enfermedad. Algunas de estas situaciones serían:

2.2.5.1.1.1 Conductas “activas”: empujar, golpear, abofetear, dar patadas y/o puñetazos, sujetar con fuerza, estrangular, etc. También se incluirían en este grupo el uso de diferentes tipos de armas o instrumentos con el fin de dañar. Las lesiones más frecuentes relacionadas con esta forma de violencia serían, entre otras: luxaciones, erosiones, contusiones, etc., y los comportamientos concretos más frecuentes son pellizcos, empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, golpes, golpes con objetos, tirones de pelo, quemaduras y estrangulamiento (Morillas et al., 2014).

2.2.5.1.1.2 Conductas “pasivas”: como la privación de cuidados necesarios (por ejemplo, cuidados médicos); o no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (Labrador, 2005; Labrador, Paz, Alonso, y Fernández-Velasco, 2012).

2.5.1.2 Violencia sexual

Hace referencia a obligar a la mujer a realizar cualquier tipo de conducta sexual contra su voluntad, sea por la fuerza o bajo coacciones (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006; Labrador et al., 2012; Padilla y Vega 2015). Incluiría no aceptar una negación por parte de la mujer cuando no quiere mantener relaciones sexuales con su pareja. Algunas autoras incluyen en esta categoría no permitir a la mujer decidir u opinar acerca de

temas relacionados con las relaciones sexuales en la pareja con la intención de anular o limitar su voluntad personal.

2.2.5.1.3 Violencia o maltrato económico

Se trata de controlar económicamente a la víctima, restringiendo o, incluso, impidiendo acceder a la información financiera o económica del hogar. El agresor puede llegar a prohibir a la víctima que tome decisiones acerca de su propio patrimonio y no le permite el manejo del dinero del grupo familiar (Naciones Unidas, 2006).

2.2.5.1.4 Violencia ambiental

Violencia ambiental. Se refiere a utilizar el daño o deterioro de bienes (o incluso de animales domésticos) de la víctima; llegando a romper o deteriorar objetos importantes para ella.

2.2.5.1.5 Violencia psicológica

Todos los estudios coinciden en indicar una mayor prevalencia de violencia psicológica frente a otros tipos de violencia en la pareja (Liles, Usita, Irvin, Hofstetter, Beenston y Hovell, 2012; Novo et al., 2016). Se trata además, de la forma de violencia hacia la pareja más importante entre los adolescentes (Aguaded y Ramírez, 2017; Flores y Espejel, 2015); sin embargo, es el tipo de violencia menos estudiado o que menos atención ha recibido por parte de las diferentes investigaciones (Pérez y Hernández, 2009; Pico-Alfonso et al., 2006).

Tal vez por ser más difícil de detectar y, sobre todo, de demostrar desde un punto de vista jurídico o legislativo ya que el maltrato o violencia física es más fácilmente visible y, por tanto, se puede observar y evidenciar. Sin embargo, también se ha comprobado que esta forma de agresión o violencia psicológica es, por lo general más peligrosa para la salud de la Organización Mundial de la Salud, (2017), entre otras consecuencias por la sensación de indefensión que puede llegar a provocar. De hecho, la negación del maltrato estaría relacionada con el hecho de minimizar la importancia de las agresiones físicas, aspecto que supone, ya en sí mismo, una violencia de tipo psicológico (Arriaga,

Capezza, Goodfriend, y Allsop, 2018). Además, la violencia psicológica suele ser un precursor de violencia física más explícita (Díaz-Aguado y Martínez, 2015; Ulla Diez et al., 2009).

Nos parece importante desarrollar más esta forma de violencia dadas las consecuencias especialmente negativas para la mujer. Por violencia o maltrato psicológico entendemos diferentes situaciones. Por ejemplo, cualquier acción intencionada que conlleve un daño y/o riesgo para la integridad psíquica y emocional de la mujer, así como contra su dignidad como persona (Álvarez, 2016). Algunas autoras lo entienden como aquellas conductas, actitudes y estilos de comunicación basados en la humillación, la desacreditación, el control, el retraining hostil y la dominación e intimidación, denigración y comportamientos celosos (Novo et al., 2016; O'Leary y Smith, 2003). Puede tratarse de conductas físicas o verbales; activas y/o pasivas que buscan provocar intimidación, ridiculización, desvalorización, humillación y sentimiento de culpa. En un elevado número de ocasiones se utilizan precisamente los mandatos de género y se acusa a la mujer de no actuar en consecuencia a estos para provocar dicho sentimiento de culpa.

Se trata de un tipo de maltrato aun hoy difícil de cuantificar y/o demostrar judicialmente, pero resulta mucho más perjudicial y con peor pronóstico en cuanto a las consecuencias para la víctima que el propio maltrato físico. Un tipo habitual es el uso del chantaje relacionado con hacer daño a los hijos e hijas de la pareja si ella no accede a las demandas de él. Como consecuencia, disminuye la seguridad de la mujer en sí misma y, aumenta de forma paradójica, la dependencia de esta del maltratador. En general, las diversas investigaciones concluyen que algunas de las dimensiones que conformarían diferentes formas de violencia psicológica hacia la mujer serían: emocional/verbal, dominación/aislamiento; y comportamientos basados en ridiculización, críticas aleatorias, control por celos, amenazas, indiferencia, privación económica y maltrato verbal (Sackett y Saunders, 2001,1999; Vazquez, Estebanez, y Cantera, 2008).

Algunas autoras subdividen esta categoría a su vez en:

2.2.5.1.5.1 Maltrato de control.

El hombre busca en todo momento mantener a la víctima bajo control, vigilando sus actividades, relaciones sociales y laborales, etc., (espía y controla su correo, llamadas de teléfono...). En la actualidad, debido a la facilidad que ofrecen las nuevas tecnologías en este sentido, es aun mas frecuente que se utilicen las redes sociales, o formas de mensajería rápida como el WhatsApp para intentar tener localizada a la víctima en todo momento. Algunos autores y autoras se refieren a este tipo de violencia de control como violencia controladora o terrorismo íntimo.

También incluida en este tipo de violencia o maltrato de control, la denominada “violencia situacional” describiría aquellas situaciones que presentan un patrón de conducta violenta (episódica o reactiva) que se suelen presentar coincidiendo con situaciones de crisis en la pareja por diferentes motivos (un ejemplo seria la decisión de separación o ruptura) (Echeburua y Muñoz, 2017; Muñoz y Echeburua, 2016).

2.2.5.1.5.2 Maltrato Emocional.

El agresor busca el sometimiento de la víctima intentando buscar la anulación de esta en cuanto a capacidad para decidir, actuar libremente, etc. Autores como Echeburua y Muñoz (2017), analizando los diferentes tipos de violencia psicológica que se pueden observar en la pareja, sugieren los siguientes ejemplos:

- Aislamiento; por ejemplo, controlando que hace la mujer, donde y con quien va y devaluando la interacción con familiares o amigos/as de ella.
- Distorsión de la realidad; Normalizando el maltrato, restando importancia al abuso o responsabilizando a la mujer de la conducta violenta.
- Intimidación; Infundir miedo a través de miradas o gestos; rompiendo objetos durante las discusiones, maltratando animales, mostrando armas, etc.

- Amenazas; con hacer daño, con actos suicidas, con maltratar a los hijos/as o quitarle la custodia. Abuso emocional; mostrando menosprecio, rechazo, provocando sentimientos de culpa, mostrando indiferencia o utilizando el chantaje emocional.
- Abuso económico; ejerciendo el control sobre el dinero o impidiendo que la mujer tenga trabajo propio o independencia económica.
- Utilización de los menores, manipulando a los hijos/as, desprestigiando a la mujer ante los menores o utilizando a los hijos/as como espías o mensajeros
- Acoso y acecho; provocando discusiones o vigilando, llamando continuamente por teléfono o a través de mensajes.

Como se puede observar, existen dificultades a la hora de acotar lo que podemos entender realmente por violencia psicológica o, como algunas autoras la denominan, “abuso psicológico”. Esta situación provoca que, al no ser claramente identificable por diferentes agentes sociales y judiciales, no se pueda actuar por no ser percibida como tal violencia (Romero, 2004). Se hace necesaria, por tanto, una nueva taxonomía, así como una revisión de las diferentes definiciones operativas que podría abarcar este fenómeno en concreto. En primer lugar, podemos observar como resulta más fácil identificar como psicológicas las consecuencias que determinados actos tienen para la víctima que la misma acción que haya podido provocarlas. Incluso, algunas autoras afirman que el número de factores que formarían el constructo de violencia psicológica es mucho más amplio (Kelly, 2004).

Es en el entorno de la violencia psicológica donde podemos encontrar las primeras referencias a lo que se puede entender como violencia sutil y violencia social, diferenciando estas de la violencia claramente manifiesta u observable. Marshall (1999) refiere un tipo de violencia psicológica donde podemos encontrar ciertas conductas relacionadas con ejercer control sobre la mujer, conllevando dominación fácilmente identificable como tal. Pero, a su vez, habría otros tipos de violencia sutil o difícilmente identificable que pueden tener como resultado el hecho de minimizar o subestimar a la mujer disfrazando esto de muestras de amor o protección. Estos tipos de violencia encubierta tendrían consecuencias dañinas para la mujer (Marshall, 1999).

2.2.5.1.5.3 Otras formas de violencia hacia la mujer.

A partir de aquí vamos a centrarnos en otros tipos de violencia menos estudiados por no tener claramente identificada la conducta agresiva. Como ya hemos indicado en un apartado anterior, hay diferentes formas de violencia, aun no conllevando comportamientos entendidos como agresivos, pero con unas claras consecuencias negativas para la mujer. Al mismo tiempo vamos a dejar de centrarnos únicamente en la violencia en las relaciones de pareja para entender la violencia hacia la mujer de un modo más general, teniendo en cuenta que las violencias sutiles estarían en la base de la posterior violencia mas explicita, tanto en las relaciones de pareja (donde es más habitual o se da con mas frecuencia dicha violencia o agresión explicita) como en otros tipos de interacciones o relaciones entre hombres y mujeres.

Según Novo (2016) la violencia sutil de género no es considerada en la misma medida que la violencia manifiesta como constitutiva de agresiones de género por tanto, no se detecta como tal violencia. Es por ello por lo que las consecuencias son peores para las mujeres, debido a estar asociada a una cronificación y severidad no detectadas (Novo et al., 2016).

Esto conlleva que no haya muchos estudios dirigidos a su prevención, centrándose estos más en la violencia física o mas explicita.

2.2.5.1.5.3.1 Micromachismos y violencia contra la mujer

Relacionado con el concepto de patriarcado nos encontramos con otra forma de violencia más sutil hacia la mujer (Bosch et al., 2007). Se trata de los micromachismos, termino acuñado por Bonino (1995) y que, según el autor, engloba un amplio abanico de maniobras interpersonales que impregnan comportamientos masculinos en lo cotidiano, que perpetúan la desigualdad y la violencia aun siendo considerados normales (Bonino, 1995, 1996, 2005). Dichos comportamientos pretenden mantener el dominio sobre la mujer aprovechándose, por ejemplo, del rol de cuidadora de esta. Son maniobras que el hombre ejerce como resultado de la socialización de genero asumida (Bojo, 2016; Bosch et al., 2013). Para Bonino, los micromachismos son claramente

microabusos o micro violencias hacia la mujer. Entiende el autor que este tipo de actitudes y comportamientos son estrategias para mantenerse “por arriba” de las mujeres de un modo en muchas ocasiones sutil o encubierto, pero, con intención de seguir ocupando un puesto de poder que se entiende legítimo. En el fondo el hombre busca asegurarse el prestigio y la superioridad sobre las mujeres (Bonino, 2008).

Según el autor, podemos encontrar dos grandes grupos de diferentes formas de micromachismos:

2.2.5.1.5.3.2 Micromachismos coercitivos:

- Intimidación.
- Control del dinero.
- No participación en lo domestico.
- Uso expansivo-abusivo del espacio físico y del tiempo para si.
- Insistencia abusiva.
- Imposición de intimidad.
- Apelación a la superioridad de la “lógica” varonil.
- Toma o abandono repentino del mando de la situación.

2.2.5.1.5.3.3 Micromachismos encubiertos:

Para Bonino serían precisamente estas formas de micro machismo las que peores consecuencias tendrían para la mujer, precisamente por su carácter sutil, que las hace invisibles en cuanto a su intencionalidad. Son mas bien actitudes que se aprovecharían de provocar culpa y confusión en la mujer favoreciendo en esta la baja autoestima y auto concepto. Los micromachismos incluidos en este grupo serian:

- Abuso de la capacidad femenina de cuidado. Con ejemplos como la materialización de la mujer, la delegación del trabajo de cuidado de los vínculos y las personas.
- Creación de falta de intimidad. Aislando socialmente a la mujer y buscando su disponibilidad para si mismo.

- Desautorización de la mujer a través de descalificaciones, negación de lo positivo, autoalabanzas y auto-adjudicaciones.
- Paternalismo.
- Manipulación emocional; utilizando el hombre el afecto como instrumento para lograr el control de la relación.
- Auto indulgencia y auto justificación. No admitir, por parte del hombre, los propios errores.

Como ya se ha comentado, estos micromachismos provocarían en la mujer un malestar difuso que, según Bonino, influiría en una mayor demanda de atención sanitaria por parte de la mujer, siendo esta la verdadera razón de muchos de los problemas de salud que suele padecer en mayor medida la mujer y que se suelen atribuir a cuestiones hormonales o “ típicamente femeninas”(Bonino, 1996; Ferrer et al., 2008; Novo et al., 2016).

2.3 TIPOS DE VIOLENCIA

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud (2002), divide la violencia en tres categorías generales, según las características aquellos que cometen algún acto de violencia, como a continuación se presenta:

- La violencia auto infligida: corresponde a la que uno mismo se realiza ejemplo de ello son los comportamientos suicidas y autolesiones.
- La violencia interpersonal: en esta se encuentran las personas que concentran a un tercero en específico y ya sea en forma de violencia familiar, que incluye niños, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco como lo son jefes o empleados.
- La violencia colectiva: es donde más de 1 aplican violencia hacia otra u otras personas en las áreas social, política y económica.

La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual y psíquica, que incluyen privaciones o descuido.

Esta clasificación engloba muchas modalidades de actos violentos, no solo en contra de las mujeres, sino de cualquier individuo. Sin embargo, los casos de violencia en contra

de las mujeres se han hecho visibles en las sociedades durante largos periodos, siendo éstas, objeto de problemas interpersonales (feminicidios, violencia sexual, violencia intrafamiliar, violencia de pareja) y también colectivos (violencia económica, política, ciudadana) cada una con innumerables repercusiones.

A continuación, se describe las formas de violencia, donde abordan las formas y el tipo de maltrato o violencia que se toma en cuenta:

2.3.1 VIOLENCIA FÍSICA: La cual entraña el uso intencional de la fuerza o de un arma para perjudicar la integridad corporal, en un intento de intimidar y controlar a la mujer, se produce en diferentes magnitudes, todas potencialmente peligrosas, porque pueden ir desde una bofetada o empujones hasta lesiones que causan la muerte de la víctima.

2.3.2 VIOLENCIA SEXUAL: Este tipo de afectación busca el sometimiento de las mujeres a través de la utilización de su cuerpo, atentando contra su libertad sexual y comprende el contacto abusivo, la presión para que participe en un acto sexual en contra de su voluntad y la tentativa o consumación de tales actos. (Menéndez, 2013)

Autores como Raya, Pino y Herruzo (2009) contemplan la penetración de objetos y el sexo oral. Esta violencia es una consecuencia de las dos anteriores, por lo tanto, estaría relacionada con las dos y no como un tipo más de violencia.

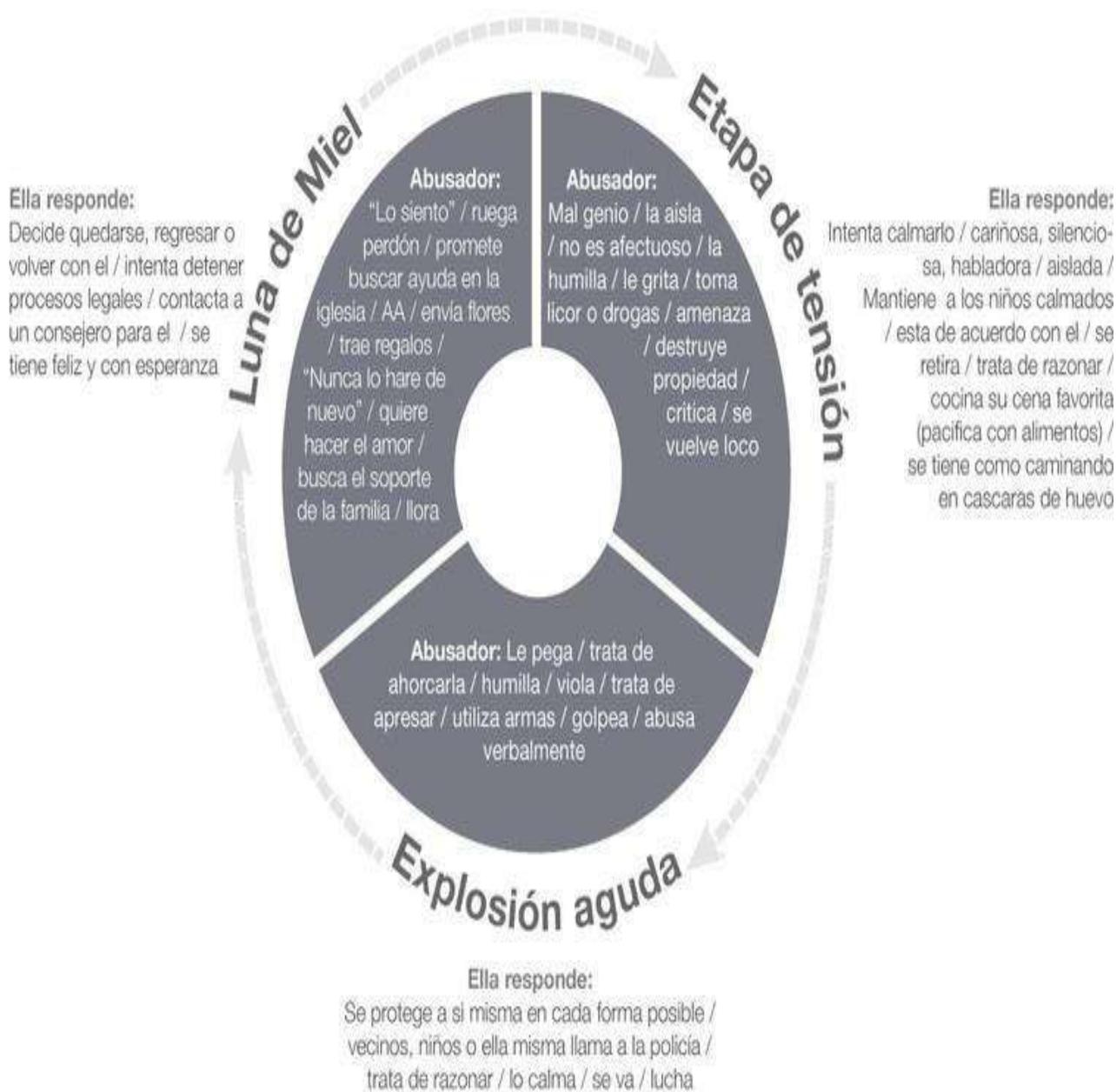
2.3.3 VIOLENCIA ECONÓMICA: Ésta implica un medio de dominación, el cual entraña negar a las mujeres el acceso o control de recursos monetarios básicos, el chantaje o manipulación económica, limitar su capacidad para trabajar o apropiarse y despojarla de sus bienes.

2.3.4 VIOLENCIA PSICOLÓGICA: También llamada violencia emocional, y que en muchas ocasiones es más devastadora que la física, y que consiste en todas aquellas formas insidiosas de tratar a la mujer con el fin de controlarla o aislarla, de negarle sus derechos y menoscabar su dignidad, tales como los insultos, menosprecios, intimidaciones, imposición de tareas serviles y limitaciones para comunicarse con amigos, conocidos y familiares.

La mayor gravedad de la violencia, en cuanto a la intensidad y frecuencia, es un elemento que facilita en la víctima el abandono de la convivencia con el maltratador. Sin embargo, hay ocasiones en que la indefensión y la desesperanza producidas en la víctima por un maltrato intenso y prolongado, así como el deterioro en la autoestima, dificultan la adopción de decisiones enérgicas y generan un miedo infundado ante un futuro en soledad.

2.4 CICLO Y FASES DE LA VIOLENCIA

En 1979, Leonor Walker, psicóloga estadounidense, desarrolló la teoría del ciclo de la violencia, en la que describe las dinámicas de relación violenta en la pareja. Lo describe como un proceso que tiene tres fases que se van sucediendo la una a la otra, es decir, es una secuencia repetitiva, por lo que hace especialmente complicado romper el ciclo.



2.4.1 PRIMER FASE - Aumento de la tensión

El tiempo de duración de esta etapa puede tener una duración indeterminada días, semanas, meses o años.

Ocurren incidentes menores como gritos o pequeñas peleas. Se acumula la tensión y aumenta la violencia verbal.

Ella interpreta estos incidentes que se producen en la primera fase como casos aislados que puede controlar, que no se volverán a repetir o que simplemente desaparecerán.

De esta forma, trata de calmar al agresor, se niega a sí misma que lo que está ocurriendo es una situación intolerable, busca excusas para justificarle, tiende a echar la culpa a otros factores ("ha tenido un mal día", "estaba borracho").

Ella tiende a culpabilizarse, trata de "complacer" al agresor que tiene cada vez una actitud más celosa, está más irritado y se enfada por cosas más insignificantes.

Ella tiene miedo, odio contra el agresor, impotencia ante la agresión, soledad y muchísimo dolor. Está paralizada y posteriormente puede buscar protección, ya sea en casa de familiares, vecinas/os, en la iglesia, en la policía, etc.

Ella puede tomar decisiones: busca ayuda, se esconde, se va de la casa, busca grupos de apoyo, se aísla y puede llegar a suicidarse. En esta Fase es cuando ella puede poner la denuncia de separación, de divorcio, etc. En esta Fase hay un distanciamiento del agresor. Ella puede sentir culpa, vergüenza, confusión, miedo, lástima propia y mucho dolor

La mujer experimenta sentimientos de angustia, ansiedad, miedo y desilusión. Ante los incidentes menores, ella evita cualquier conducta que pueda provocar al agresor. Ella constantemente está en un estado de ansiedad muy alto

Ocurren incidentes de agresión menores: gritos, peleas pequeñas.

2.4.1.1 La mujer:

Trata generalmente de calmar al agresor: es complaciente, es condescendiente, se anticipa a cada capricho, permanece "fuera del camino" de él.

“Acepta” sus abusos como legítimamente dirigidos hacia ella: piensa que ella puede merecer ese comportamiento agresivo.

Trata desesperadamente de evitar que él la lastime más. Se niega a sí misma que está enojada por ser lastimada psicológica y físicamente.

Busca excusas: “tal vez yo merecía esa agresión”, “no tenía la comida a tiempo”, “no planché bien la ropa”, “salí sin decirle hacia donde iba”, “estoy ganando más que él”, “la comunidad me quiere más”.

Tiende a minimizar los incidentes al saber que el agresor es capaz de mucho más: “no fue para tanto”, “pudo haber sido peor”.

Tiende a echar la culpa a determinada situación: “tuvo un mal día de trabajo”, “no tiene dinero”, “estaba borracho”, “está muy tenso”.

Tiene esperanza en que con el tiempo todo cambiará, “pronto pasará”.

Niega psicológicamente el terror por la inevitable.

Aumenta el enojo “no reconocido” y conforme avanza esta Fase ella pierde rápidamente el poco control que tenía de la situación.

Las mujeres que ya conocen el ciclo, muchas veces “aceleran” la llegada de la II Fase: “si inevitablemente ésta llegará, entonces en mejor que llegue pronto y pase”.

Ella encubre al agresor como una manera de impedir más incidentes de agresión: lo encubre con otros/as miembros/as de la familia, da excusas de su comportamiento, aleja a las personas que quieren y podrían ayudar.

Es incapaz de lograr el restablecimiento del aparente equilibrio en la relación. 9Evita al agresor temiendo una explosión de agresión.

La tensión llega a ser insoportable.

Se produce el incidente de agresión aguda.

2.4.1.2 El hombre:

Se enoja por cosas insignificantes: por la comida, por la bulla que provocan los niños y niñas, porque su esposa o compañera no está cuando la necesita para algo, etc.

Está sumamente sensible (todo le molesta).

Está cada vez más tenso e irritado.

Cada vez se vuelve más violento, más celoso; aumenta sus amenazas e incrementa las humillaciones en contra de la víctima.

Protocolos para la Atención de la Violencia Sexual y/o Doméstica en el departamento de medicina legal las mujeres se refieren a esta fase como aquella en la cual ocurren incidentes menores de agresión de diversas formas. En esta fase ellas están muy alertas de las manifestaciones y tratan, por todos los medios de “calmar” al agresor, haciendo todas las cosas que conocen para poder complacerlo.

Es aquí cuando se inicia el proceso de auto-culpabilización y elabora la fantasía de creer que algo que ella haga logrará detener o reducir la conducta agresiva del ofensor. Generalmente, en esta fase las mujeres atribuyen la agresión a factores externos como el “estrés” y niegan el enojo de su esposo o compañero y el suyo.

Esta actitud de aceptación refuerza el hecho de que el agresor no se sienta responsable por su comportamiento, a la vez que la sociedad, con diferentes mensajes, también aprueba este derecho que el hombre cree tener: disciplinar a su esposa aun usando la violencia física. Muchas veces, para evitar un nuevo estallido de violencia, la mujer se aleja afectivamente, lo que aumenta el acoso opresivo del compañero, llegando a ser insoportable la tensión. (Walker, 1979).

2.4.2 SEGUNDA FASE Incidente agudo de agresión

Es la etapa más breve del episodio de la violencia puede durar de minutos a 24 horas

Se producen de forma ya visible los malos tratos, tanto psicológicos, como físicos y/o sexuales.

Ya en esta fase se producen estados de ansiedad y temor en la mujer, que suelen conducirla a consultar a alguna amiga, a pedir ayuda o a tomar la decisión de denunciar a su agresor.

La segunda fase es la agresión la cual es el resultado de la tensión acumulada. Se pierde toda forma de comunicación y entendimiento, y la violencia finalmente da lugar a la agresión. Aparecen agresiones de tipo física, verbal, emocional. Es en esta fase en la que se solicita ayuda, durante el periodo llamado crisis emergente.

Descarga incontrolable de las tensiones que se han venido acumulando en la Fase anterior.

Hay falta de control y destructividad total.

Ella acepta el hecho de que la ira del agresor está fuera de control.

Ella es gravemente golpeada.

Ella sufre tensión psicológica severa, expresada en insomnio, pérdida de peso, fatiga constante, ansiedad.

Él es el único que puede detener esta fase.

Ella, como única opción, buscará un lugar seguro para esconderse.

Ella obtiene la golpiza sin importar cuál sea su respuesta.

Ella espera que pase el ataque: considera inútil tratar de escapar.

Cuando el ataque termina hay negociación, incredulidad de que realmente ha ocurrido, racionalización de la seriedad de los ataques, ella tiende a minimizar las heridas físicas y, general-mente, no busca ayuda.

Ella tiende a permanecer aislada, psicológicamente funciona así: “Si no lo cuento es como si no hubiera pasado”. Experimenta indiferencia, depresión, sentimientos de impotencia.

En esta fase es en donde alguien puede llamar a la policía. Una vez que éstos se han ido, aumenta la agresión contra la mujer.

Al final de la primera Fase se alcanza un nivel de tensión que ya no responde a ningún control. Es en este momento cuando empieza la segunda etapa, la cual se caracteriza por una descarga incontrolable de la violencia física. La naturaleza incontrolable es su característica típica.

Los agresores generalmente culpan a las esposas/compañeras de la aparición de esta segunda Fase. Se ha comprobado que los agresores, sin embargo, tienen control sobre su comportamiento violento y que lo descargan selectivamente sobre sus esposas. Cuando termina la golpiza, generalmente ambos están confusos y la mujer sufre un fuerte trauma o conmoción. Permanece aislada, deprimida, sintiéndose impotente y casi nunca busca ayuda. Sabe, además, que difícilmente la policía o las leyes la protegerán

del agresor. Si se considera una intervención profesional en esta Fase, igualmente se debe considerar que la mujer está muy atemorizada y que, generalmente, cuando regresa a casa será de nuevo golpeada, por lo que es muy renuente a aceptar ayuda en este momento. (Walker, 1979)

2.4.3 TERCERA FASE. Arrepentimiento y Comportamiento Cariñoso

Tiempo de Duración: generalmente es más larga que la segunda y más corta que la primera

La tercera fase es el arrepentimiento o “Luna de Miel”, en ésta la tensión y la violencia desaparece, el agresor se muestra arrepentido por lo que ha hecho, pide disculpas a la víctima y le promete cambiar. Se denomina Luna de Miel porque el agresor vuelve a ser cariñoso y amable, como al principio de la relación. Generalmente la víctima le concede otra oportunidad creyendo dichas promesas. Esta fase dificulta que la víctima ponga fin a esa relación porque incluso sabiendo que las agresiones pueden repetirse, en este momento alimenta la esperanza de un cambio.

En esta Fase existe una reconciliación.

Ella experimenta miedo, confusión (no sabe qué hacer), ilusión ante las promesas del agresor, lástima tanto por ella como por él y hasta puede sentirse culpable.

El trata de convencerla de que desista de las acciones que ha tomado en la II Fase. Hay que fijarse si la mujer cede sus derechos y recursos, si el hombre solo promete cambiar o, si ella negocia tomando en cuenta sus derechos y si él toma acciones y no solamente hace promesas.

En esta Fase entran a funcionar las normas sociales con respecto a las relaciones entre los hombres y las mujeres. Ella tiene al frente al hombre que le pide perdón, que le promete cambiar, un hombre con el cual mantiene o mantuvo una relación afectiva, pueden tener hijos e hijas en común. Ella ha aprendido, por medio de la socialización, que debe soportar para mantener el matrimonio unido. Que una mujer “sola” o divorciada puede ser “mal vista”, que los hijos e hijas necesitan un padre a la par. Ella puede entonces desistir ante la presión del agresor y ante la presión que ejerce la

sociedad en general. Aquí es donde las mujeres agredidas pueden quitar las denuncias que han interpuesto.

Esta fase es bienvenida por ambas partes.

Se caracteriza por un comportamiento extremadamente cariñoso, amable y de arrepentimiento por parte del agresor.

Trae un inusual período de calma. La tensión acumulada en la fase uno y liberada en la fase dos ha desaparecido.

El agresor generalmente se siente arrepentido, suplica perdón y promete que no lo hará nunca más. Cree que puede controlarse y cree que ella ha aprendido la lección. Utiliza a otros/as miembros/as de la familia para convencerla.

Inicia acciones para mostrar su arrepentimiento: le da regalos, le ayuda en la labores de la casa y la lleva a pasear.

Ella se siente feliz, confiada y cariñosa.

Ella puede pensar: “el matrimonio es una cruz para siempre” y esta fase le da esperanza de que no todo es malo en su relación. Ella cree que, quedándose con él, éste tendrá la ayuda que necesita.

Ella quiere creer que no tendrá que sufrir abusos nunca más.

Ella cree que el agresor es, en realidad, el tipo de persona que se muestra en esta fase.

Se estrecha la relación de dependencia víctima-agresor.

Antes de que ella se dé cuenta, el cariño y la calma dan lugar otra vez a los incidentes pequeños de la primera fase.

Esta fase se caracteriza por un comportamiento cariñoso y arrepentido por parte del hombre violento. Es aquí donde se cierra el proceso de estructuración de la victimización de la mujer. La tensión disminuye a sus mínimos niveles. El agresor cree que nunca más se presentará este episodio, entre otras cosas, porque la conducta de la esposa/compañera cambiará y, a veces, busca ayuda en este momento. La mujer que haya tomado la decisión de dejar la relación en esta fase abandonaría la idea.

El la acosa afectuosamente y utiliza todos los recursos familiares que la convenzan de desistir en su decisión de terminar la relación. Los valores tradicionales que las mujeres

han interiorizado en su socialización con respecto a su rol en el matrimonio operan, en este momento, como reforzadores de la presión para que mantenga su matrimonio. Es entonces cuando la mujer retira los cargos, abandona el tratamiento y toma como real la esperanza de que todo cambiará.

Esta Fase no tiene una duración igual en todas las relaciones. Lo que la práctica ha revelado es que, conforme la agresión se hace más brutal y notoria, esta fase va disminuyendo, hasta desaparecer en algunos casos. Después de la III Fase, la primera vuelve a aparecer. Algunas mujeres pueden matar a sus agresores cuando inician nuevamente la I Fase, porque sienten que ya no soportarán una agresión más.

El ciclo de la violencia se torna repetitivo y peligroso, cada vez las agresiones aumentan de severidad, pero la víctima se encuentra muy apegada emocionalmente para abandonar aquella situación de violencia. (Walker, 1979)

Por otra parte, Hirigoyen, (2006) divide los ciclos de la violencia en dos partes de continuidad que son las siguientes:

-Violencia perversa: es un concentrado de violencia. Se infiltra en la mente de alguien para llevarle a la autodestrucción. Este movimiento mortífero continúa incluso sin la presencia de quien lo ha iniciado, y no se detiene nunca, ni siquiera cuando la mujer abandona al agresor.

-Violencia sutil o en cubierta: esta forma de violencia es mucho más insidiosa, sutil y permanente. Se caracteriza por una hostilidad constante e insidiosa. Normalmente se disfraza con otra cara, pero levemente causa más daño ya que es constante y psicológico.

Desarrolla en manifestaciones las cuales arraigadas hacen que se mantengan los aprendizajes tradicionales en hombres y mujeres, que la violencia termina por legitimarse y aceptarse como normal, “se naturaliza”, y culmina siendo aceptada cultural y socialmente, a veces bajo el disfraz de actos que llegan a creerse, incluso, que se cometen en nombre del amor los siguientes puntos muestran las manifestaciones de la violencia sutil:

1. Cuando se controlan la vida sin que pidan opinión, sólo porque una pareja piensa que no se actúa como él/ella quisiera que lo hicieran. Como si lo que él piensa o quiere fuera el modelo a seguir.
2. Otra manera de manifestar la violencia encubierta es cuando se realizan comentarios denigrantes, en burla o despreciativos de los atributos.
3. El silencio es una forma de violencia en las relaciones de pareja, pues privan a las mujeres de la tan necesaria comunicación.
4. Otra forma de violencia es cuando se trata de subordinar los intereses de la familia a los de uno de sus miembros, cuando ni siquiera son los importantes en ese momento.
5. También es conducta violenta la manipulación del sexo, es decir, utilizar las relaciones sexuales como un arma contra la pareja.
6. Prolongar innecesariamente los disgustos, es otra forma de violencia, se dilata el malestar para tener ventajas en la relación.
7. Otra manifestación de violencia es cuando no se comparten las tareas de la familia y se recargan en uno de sus integrantes (normalmente en la mujer), o cuando las tareas no son repartidas de forma lógica, para que cada cual pueda hacer una utilización más racional de su tiempo.
8. Otras formas de violencia tienen que ver con lo económico. En estos casos, el hombre mantiene el control del dinero, supervisa en qué cosa se gastó por mínimo que sea, y la mujer tiene que pedir, a veces, hasta para compras muy pequeñas relacionadas con el hogar o los hijos.
9. Culpabilizar a las mujeres ante fallas en la educación de los hijos, en la atención y cuidado del hogar y la familia, prohibir o interferir en un nuevo vínculo amoroso de ella (en el caso de ya estar separados), son formas de ejercer dominio y violencia psicológica, de someterlas, de hacerlas desistir de sus proyectos personales.

10. La intolerancia, entendiéndose como la explotación del trabajo de las mujeres, el intercambio desigual de cuidados y placeres, el retiro del afecto, la irritabilidad, la crítica, los ataques y culpas mediante quejas, reproches y descalificaciones.
11. Igualmente, se pueden incluir actos cotidianos o esporádicos como minimizar sus necesidades y opiniones e ignorarlas, genera en ellas sentimientos de minusvalía, desesperación y dependencia.
12. Intimidar, imponerles ideas, invadir sus espacios o abusar de la capacidad femenina de cuidado, con los cuales se generan además sentimientos de culpa que pueden agravar la dependencia afectiva de la mujer, su baja autoestima y sentimientos negativos que la hacen aún más dependiente.

2.5 TIPOS DE VIOLENCIA EN BOLIVIA:

La muestra más clara de la necesidad de reglamentar y clasificar la violencia hacia las mujeres es la presente, ley ya que el ámbito de aplicación es para todas las mujeres del territorio nacional.

2.5.1 LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA (LEY N° 348)

Título I (Disposiciones Generales), Capítulo Único (Marco Constitucional, Objeto, Finalidad, Alcance y Aplicación).

Artículo 1 (Marco Constitucional), refiere que: La presente Ley se funda en el mandato constitucional y en los Instrumentos, Tratados y Convenios Internacionales de Derechos Humanos ratificados por Bolivia, que garantizan a todas las personas, en particular a las mujeres, el derecho a no sufrir violencia física, sexual y/o psicológica tanto en la familia como en la sociedad (Pág. 11).

Artículo 2 (Objeto y Finalidad), indica que: La presente Ley tiene por objeto establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución

y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para Vivir Bien (Pág. 11).

Artículo 7 (Tipos de Violencia Contra las Mujeres), manifiesta que: En el marco de las formas de violencia física, psicológica, sexual y económica, de forma enunciativa, no limitativa, se consideran formas de violencia (Pág. 15 - 17):

1. Violencia Física. Es toda acción que ocasiona lesiones y/o daño corporal, interno, externo o ambos, temporal o permanente, que se manifiesta de forma inmediata o en el largo plazo, empleando o no fuerza física, armas o cualquier otro medio.

2. Violencia Femicida. Es la acción de extrema violencia que viola el derecho fundamental a la vida y causa la muerte de la mujer por el hecho de serlo.

3. Violencia Psicológica. Es el conjunto de acciones sistemáticas de desvalorización, intimidación y control del comportamiento, y decisiones de las mujeres, que tienen como consecuencia la disminución de su autoestima, depresión, inestabilidad psicológica, desorientación e incluso el suicidio.

4. Violencia Mediática. Es aquella producida por los medios masivos de comunicación a través de publicaciones, difusión de mensajes e imágenes estereotipadas que promueven la sumisión y/o explotación de mujeres, que la injurian, difaman, discriminan, deshonran, humillan o que atentan contra su dignidad, su nombre y su imagen.

5. Violencia Simbólica y/o Encubierta. Son los mensajes, valores, símbolos, iconos, signos e imposiciones sociales, económicas, políticas, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación, naturalizando la subordinación de las mujeres.

6. Violencia Contra la Dignidad, la Honra y el Nombre. Es toda expresión verbal o escrita de ofensa, insulto, difamación, calumnia, amenaza u otras,

tendenciosa o publica, que desacredita, descalifica, desvaloriza, degrada o afecta el nombre, la dignidad, la honra y reputación de la mujer.

7. Violencia Sexual. Es toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no genital, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la mujer.

8. Violencia Contra los Derechos Reproductivos. Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros.

9. Violencia en Servicios de Salud. Es toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que oriente, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

10. Violencia Patrimonial y Económica. Es toda acción u omisión que al afectar los bienes propios y/o gananciales de la mujer, ocasiona daño o menoscabo de su patrimonio, valores o recursos; controla o limita sus ingresos económicos y la disposición de los mismos, o la priva de los medios indispensables para vivir.

11. Violencia Laboral. Es toda acción que se produce en cualquier ámbito de trabajo por parte de cualquier persona de superior, igual o inferior jerarquía que discrimina, humilla, amenaza o intimida a las mujeres; que obstaculiza o supedita su acceso al empleo, permanencia o ascenso y que vulnera el ejercicio de sus derechos.

12. Violencia en el Sistema Educativo Plurinacional. Es todo acto de agresión física, psicológica o sexual cometido contra las mujeres en el sistema educativo regular, alternativo, especial y superior.

13. Violencia en el Ejercicio Político y de Liderazgo de la Mujer. Entiéndase lo establecido en el Artículo 7 de la Ley N° 243, Contra el Acoso y la Violencia Política hacia las Mujeres.

14. Violencia Institucional. Es toda acción u omisión de servidoras o servidores públicos o de personal de instituciones privadas, que implique una acción discriminatoria, prejuiciosa, humillante y deshumanizada que retarde, obstaculice, menoscabe o niegue a las mujeres el acceso y atención al servicio requerido.

15. Violencia en la Familia. Es toda agresión física, psicológica o sexual cometida hacia la mujer por el cónyuge o ex-cónyuge, conviviente o ex-conviviente, o su familia, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, tutores o encargados de la custodia o cuidado.

16. Violencia Contra los Derechos y la Libertad Sexual. Es toda acción u omisión, que impida o restrinja el ejercicio de los derechos de las mujeres a disfrutar de una vida sexual libre, segura, efectiva y plena o que vulnere su libertad de elección sexual.

17. Cualquier otra forma de violencia que dañe la dignidad, integridad, libertad o que viole los derechos de las mujeres.

2.6 LA VIOLENCIA EN CIFRAS

2.6.1 EN EL MUNDO

La violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja y la violencia familiar constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.

Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

2.6.2 EN BOLIVIA

Bolivia Es el tercer país en la región con mayor tasa de asesinatos de mujeres por razón de género.

El 30 de diciembre de 2019, una mujer murió en Potosí, en el sur de Bolivia, por la explosión de una carga de dinamita que su pareja detonó intencionalmente. Ella fue la última de 117 mujeres víctimas de feminicidio en Bolivia en 2019, según la Fiscalía General de Estado.

De los 117 feminicidios, 22 tienen sentencia condenatoria por procedimiento abreviado, 10 con extinción por muerte del agresor, 10 con acusación formal, 52 con imputación, 18 en etapa preliminar, cuatro con rechazo y uno por sobreseimientos.

Estos datos dan cuenta que existe una reducción de casos en el 2019 a comparación del 2018 cuando se reportaron 130 hechos.

El Director Nacional del IDIF, Andrés Flores, en la ciudad de la paz, señaló que entre los casos más recurrentes atendidos en el servicio de Clínica Forense, continúan siendo los de violencia de género con 767 casos, seguido por riñas y pelas con 595, agresiones sexuales 221 y otras atenciones 213 casos.

Los departamentos con mayor incidencia de estas lesiones por violencia de género son La Paz en primer lugar con 280, seguido de Cochabamba (135) y Santa Cruz (83). La mayor frecuencia de agresiones sexuales se presentó en los departamentos de Santa Cruz (67), seguido de La Paz (46) y Cochabamba (44)”, remarcó.

La tipificación del feminicidio se usa en Bolivia desde la promulgación de la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia (348) y desde entonces las cifras sistematizadas de estos hechos son: 26 casos el 2013, 71 el 2014, 110 el 2015, 111 el 2016, 109 el 2017, 130 el 2018 y 117 el 2019.

En el área de tanatología, el IDIF realizó 103 autopsias por muertes violentas, incluidos ocho feminicidios y un infanticidio.

Según los datos de la Fiscalía General, el IDIF los registros muestran casos de violencia intrafamiliar; estos datos muestran que cada día 89 mujeres son víctimas de agresiones físicas y 20 agresiones sexuales por día.

2.7 PERSONALIDAD

La personalidad es compleja y para poder comprenderla a cabalidad, vale la pena tomar en cuenta los criterios de algunos autores propios de la materia.

Para Cano F. Rodriguez, L Garcia. J Antuña (2005) la personalidad está dentro del individuo, tiene un alto grado de organización y proporciona continuidad e idiosincrasia al individuo, permitiéndole funcionar de forma global e integradora.

En cambio para Gelder, M. Mayou R, Geddes, J. (2000) el termino personalidad hace referencia a las características estables de un individuo, tal como se muestra en su forma de comportarse en una amplia gama de circunstancias.

Más aun es Allport G. (1975) quien define a la personalidad como una organización dinámica puesto que la misma se encuentra en un cambio y crecimiento constante de manera organizada y no así aleatoria, dentro del individuo, y aquellos sistemas psicofísicos, los cuales están compuestos por el funcionamiento de la mente y el cuerpo que determinan la conducta y pensamientos característicos. En resumen, podemos mencionar que la personalidad es una organización dinámica

que apoyada en los sistemas psicofísicos de cada individuo genera conductas y pensamientos.

Millón (1969-1999) plantea una hipótesis de continuidad en el desarrollo psicológico y define la personalidad como un “patrón complejo de características psicológicas y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo”.

Millón en 1999 propone que los estudiosos de la clínica no solo deberían evaluar los síntomas actuales que presenta el paciente en el Eje I, sino también todas las características recogidas en el Eje II, que definen su patrón de personalidad “...el formato multiaxial revisado requiere que el conjunto de los síntomas no se evalúe como una entidad clínica separada del contexto amplio del paciente, que incluye el estilo de relacionarse, comportarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades, es decir,...la personalidad”

2.7.1 LA TEORÍA DE MILLON

La teoría de Millon se fundamenta en dos teorías: Modelo biosocial y modelo evolutivo.

1) Modelo biosocial: explica los estilos de relaciones interpersonales a partir de los factores biológicos (innatos) y sociales (experiencias).

Desde esta perspectiva, se distinguen dos dimensiones principales para el aprendizaje de estrategias de afrontamiento de dificultades (conducta operante) y el logro de refuerzos:

Patrón de conducta operante:

- ✓ Los individuos que buscan activamente el refuerzo son individuos tendentes a la acción, buscando objetivos y refuerzos concretos (activo).
- ✓ Los individuos pasivos son básicamente reactivos, esperando que el entorno les proporcione el refuerzo (pasivo).
- ✓ Fuentes de refuerzo:

- ✓ Los que buscan el refuerzo de manera independiente confían en sí mismos y buscan el refuerzo en sus propias metas personales (independiente).
- ✓ Los que buscan el refuerzo de manera dependiente confían en que los demás le proporcionen el refuerzo (dependiente).
- ✓ Los que buscan el refuerzo de manera ambivalente no están seguras de buscar el refuerzo en sí mismas o en los otros (ambivalente).
- ✓ Los que buscan el refuerzo de manera desvinculada, en realidad no buscan refuerzo alguno, solo apartarse de los otros y carecen de aspiraciones personales (desvinculado).

En el siguiente cuadro se muestra el resultado esperable de la combinación de los patrones de conductas con los distintos tipos de fuentes de refuerzo:

PATRÓN DE CONDUCTA OPERANTE		FUENTES DE REFUERZO			
		Independiente	Dependiente	Ambivalente	Desvinculado
Activo	Personalidad normal	Personalidad fuerte	Personalidad sociable	Personalidad sensitiva	Personalidad inhibida
	Personalidad anormal	Trastorno antisocial	Trastorno histriónico	Trastorno pasivo-agresivo	Trastorno por evitación
	Personalidad anormal grave	Trastorno paranoide	Trastorno límite	Trastorno límite	Trastorno esquizotípico
Pasivo	Personalidad normal	Personalidad confiada	Personalidad cooperadora	Personalidad respetuosa	Personalidad introvertida
	Personalidad anormal	Trastorno narcisista	Trastorno de personalidad por dependencia	Trastorno compulsivo	Trastorno esquizoide
	Personalidad anormal grave	Trastorno paranoide	Trastorno límite	Trastorno paranoide	Trastorno esquizoide

2) **Modelo evolutivo:** desde la perspectiva de este modelo se considera que la personalidad está definida por el estilo de funcionamiento adaptativo al entorno. Se considera anormal aquella personalidad que tiene dificultades de adaptación.

La Teoría de Theodore Millón se desarrolló sobre los fundamentos establecidos por Gardner Murphy en su obra “Personalidad”. El cual relacionaba la predisposición biológica con el entorno, en vez de contemplarlos como simples elementos opuestos entre si, consecuentemente, es Millón quien explico con su teoría del desarrollo de la personalidad, como un resultado de la combinación de factores genéticos y de aprendizaje social, con especial insistencia en estos últimos.

Su teoría del Aprendizaje Bio-social se baso no solo en elementos biológicos (factores hereditarios que intervienen en el desarrollo neurofisiológico) sino también en elementos ambientales que a través del aprendizaje modulan y determinan la personalidad. Millón estableció cinco orientaciones existenciales básicas que son las que determinan el tipo de adaptación al medio que va a realizar la personalidad: distanciamiento, dependencia, independiente, contradicción y ambivalencia.

Para Millón (Millón, 1998 p. 73) “el propósito principal de un instrumento clínico no es ubicar la posición relativa de un paciente en una distribución de frecuencias, sino calcular la probabilidad que el paciente tiene de formar parte de una entidad diagnóstica particular”, es decir, que dejemos de encasillar a las personas por tenerlos bajo un diagnóstico, debemos ir a más allá de los resultados arrojados por una prueba.

Además este mismo autor nos dice “los resultados del MCMI – II pueden emplearse de distintas maneras con propósitos clínicos. El uso principal es la interpretación del perfil mediante un proceso de inferencias de los aspectos más importantes de la configuración de las 22 escalas clínicas. Otro uso importante es la forma de decisiones

para identificar el diagnóstico específico que mejor se aplica al paciente”

2.7.1.1 1ra Dimensión de la Personalidad según Millón

Constituye la fuente primaria de la que los pacientes obtienen comodidad y satisfacción (refuerzos positivos) o intentan evitar angustia emocional y dolor (refuerzos negativos): así tenemos:

- ✓ Patrón activo. Personas despiertas, atentas, participativas y manipuladoras de los sucesos de la vida para lograr gratificación y evitar muestras de malestar.
- ✓ Patrón pasivo. Apáticos, reservados, rendidos, resignados o aparentemente satisfechos, que permiten que los sucesos tomen su propio curso sin control o sin intervenir en ellos.

2.7.1.2 2da Dimensión de la personalidad según Millón

Combinando las 5 fuentes de refuerzo primario junto con los dos patrones instrumentales o de afrontamiento se obtiene 10 estilos básicos de personalidad:

- ✓ Activo y pasivo Discordante
- ✓ Activo y pasivo Retraído
- ✓ Activo y pasivo Dependiente
- ✓ Activo y pasivo Independiente
- ✓ Activo y pasivo Ambivalente

Los estilos de personalidad reflejan características permanentes del funcionamiento del sujeto. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades

cotidianas ya que los pacientes están automatizados con este modo de vida y con frecuencia son conscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad.

Bajo condiciones de persistente adversidad el estilo de funcionamiento desadaptado de los pacientes podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderado o marcada gravedad. Las etapas avanzadas de la patología reflejan un deterioro de la estructura personal.

Además el enfoque de Millón para la exploración e identificación de dificultades emocionales y personales se ha convertido en un importante referente en el campo de Psicopatología. El MCMI-III está apoyado por la teoría Evolutiva, además de los referentes teóricos permitiendo establecer la prevalencia de cada trastorno.

Millón propone que la personalidad y psicopatología se desarrollan como resultado de la interacción de fuerzas ambientales y organísmicas. Los factores biológicos pueden configurar, facilitar o limitar la naturaleza de las experiencias y aprendizajes de las personas.

Además Millón en el año 2004, propone una exploración de los ámbitos, funcionales y estructurales.

- ✓ Funcionales.

Funcionales, se subdividen en:

NIVEL COMPORTAMENTAL	Comportamiento observable o presentación conductual y
NIVEL FENOMENOLOGICO	Estilo cognitivo.
NIVEL INTRA PSIQUICO	Mecanismos de defensa inconscientes.
NIVEL BIOFISICO	Aspecto biológico.

- ✓ Estructurales, son aquellas representaciones objétales, autoimagen, organización morfológica, el estado de ánimo (temperamento, expresión

afectiva, auto percepción, configuración internalizada y la organización intrapsíquica)

2.7.2.2 Características Del Modelo De Personalidad De Millón

Para millón los puntos centrales de su teoría son:

2.7.2.2.1 Perspectiva teórica integradora: la sinergia

También conocida como eclecticismo, nos habla la estructura vs la dinámica y enfoque monometico vs ideográfico.

Esto nos habla de diferentes perspectivas de intervención, distintos componentes del estudio de la personalidad: teórico, clasificación, evaluación y tratamiento.

2.7.2.2.2 Énfasis en el concepto de Estilo.

Los estilos de personalidad vistos como estilos de adaptación (adaptativos o des adaptativos) que a su vez, genera los estilos de vida como tal.

2.7.2.2.3 Incorporación de los principios de la teoría evolucionista.

Podemos explicarlo como un Complejo de adaptaciones y estrategias de la ecología evolutiva que determinan a un equivalente biológico de los estilos de personalidad. Por ende, la personalidad termina siendo un estilo mas o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie presenta para poder relacionarse con su ambiente.

2.7.2.2.4 Continuidad entre normalidad y patología.

Podemos ver el siguiente cuadro para poder entender con mayor precisión:

Cuadro 1. Principios evolutivos, funciones de supervivencia y constructos bipolares del modelo de Millon (1998)

PRINCIPIO EVOLUTIVO	FUNCIONES DE SUPERVIVENCIA	CONSTRUCTO BIPOLAR
--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

ECOLOGICO		
Existencia	Potenciación de la vida. Preservación de la vida.	Placer – Dolor
Adaptación	Modificación ecológica. Acomodación ecológica	Actividad – Pasividad
Replicación	Individualidad. Ciudadano de la prole.	Si mismo – Otros
Abstracción	Capacidad de razonamiento, reflexión, planificación y toma de decisiones.	Externa – Interna Tangible – intangible Intelecto – efecto Asimilación – Imaginación

2.7.2.2.5 Énfasis en el desarrollo de la personalidad.

Podemos describir como una personalidad normal, a aquellos estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales. Y a la personalidad Patológica, a aquellos estilos de funcionamiento inadaptativos que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual.

2.7.3 ELEMENTOS DE LA PERSONALIDAD

Mencionaremos los siguientes:

- ✓ Constitución, se toman en cuenta los aspectos exteriores e interiores, además de una base genética con un componente hereditario.
- ✓ Temperamento, es la disposición afectiva, la naturaleza emocional del individuo, es la forma de reaccionar frente a las emociones y cambios de humor.

- ✓ Carácter, es la forma concreta del individuo, los rasgos afectivos-dinámicos heredados, es congénito, madurativo y parte de la educación y las experiencias.
- ✓ Actitud, es la predisposición a reaccionar ante las siguientes categorías: cognitivo (creencias), afectivo (sentimientos) y conductual (conductas).
- ✓ Aptitud, es la capacidad de cada individuo para realizar ciertas actividades.
- ✓ Rasgos, son las características del comportamiento en las diferentes actividades.

2.7.4 PRINCIPIOS EVOLUTIVOS Y ECOLÓGICOS DEL INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON MCMI – II

Podemos explicar los principios evolutivos y ecológicos que coadyuvan a la creación y le dan base al inventario de la siguiente manera:

EXISTENCIA	ADAPTACION
Son los procesos de evolución que mejoran y	Es el modo en que los organismos modifican o se
REPLICACION	ABSTRACCION
Son los métodos para maximizar el individualismo y proteger la especie.	La aparición de capacidades que fomentan la Planificación y toma de decisiones basadas en el razonamiento.
Si mismo – Otros	Independiente – Dependiente

2.7.4.1 DESCRIPCION DE CADA ESCALA DEL MCMI-II

2.7.4.1.1 PATOLOGIA MODERADA DE LA PERSONALIDAD

2.7.4.1.1.1 Escala 1: ESQUIZOIDE

Orientación pasiva – retraída.

Carencia de deseo, incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el

individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como a sus demandas.

2.7.4.1.1.2 Escala 2 FOBICA (evitativa)

Orientación activa - retraída.

Experimentan pocos refuerzos positivos, tanto de si mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida, o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantiene una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de efecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. A pesar de los deseos de relación han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

2.7.4.1.1.3 Escala 3: DEPENDIENTE (sumisa)

Orientación pasivo- dependiente

Han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia de esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobre-protección parental. Han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

2.7.4.1.1.4 Escala 4: HISTRIONICA

Orientación activa-dependiente.

Se vuelven a otros mediante una superficial y emprendedora manipulación de sucesos de tal manera que aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada, sus comportamientos sociales les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad.

Sin embargo, bajo esta apariencia se encuentra una autoconfianza engañosa y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y en cada contexto social.

2.7.4.1.1.5 Escala 5: NARCISISTA

Orientación pasivo –independiente.

Se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer simplemente por permanecer pasivos o centrados en si mismos. Sobreestiman su propio valor, presumen de que los demás reconocerán sus particularidades. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante; explotan a los demás aun sin intención o propósitos conscientes. Confianza en que las cosas saldrán bien lo cual les proporciona pocos incentivos para comprometerse.

2.7.4.1.1.6 Escala 6 A: ANTISOCIAL

Orientación activa- independiente.

Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo. Deseo de autonomía, venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado, son irresponsables e impulsivas.

2.7.4.1.1.7. Escala 6 B: AGRESIVO- SADICA

Orientación activo-discordante.

Son hostiles acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos que pueden ser abusivos y brutales. Muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

2.7.4.1.1.8. Escala 7: COMPULSIVA (rígida)

Orientación pasiva – ambivalente.

Han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no solo suprimiendo el resentimiento sino también sobre aceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre si mismos y los demás. Auto-restricciones disciplinarias derivan de una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. A esto subyace un enfado intenso y sentimientos oposicionistas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

2.7.4.1.1.9 Escala 8 A: PASIVO- AGRESIVA (negativista)

Orientación activa-ambivalente.

Pugnan entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y deseados por si mismos. Los conflictos permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la indiferencia y la obediencia y el desafío y negativismo agresivo.

Su comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.

2.7.4.1.1.10 Escala 8B AUTODESTRUCTIVA (masoquista)

Orientación pasivo- discordante.

Se relaciona con los demás de una manera auto-sacrificada, permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia, los estados que se experimentan son reconfortantes, recuerdan de manera activa y repetidamente los resultados potencialmente problemáticos. Actúan de manera modesta e intentan pasar desapercibidos, intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o una posición despreciable.

2.7.4.1.2 PATOLOGIA SEVERA DE LA PESONALIDAD

2.7.4.1.2.1 Escala S: ESQUIZOTIPICA

Prefieren el aislamiento social con la misma obligación que los apegos personales. Inclutados a ser cuasi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y son percibidos como extraños y diferentes. Dependiendo de si son activos o pasivos muestran una cautela ansiosa o de un desconcierto emocional y falta de afecto.

2.7.4.1.2.2 Escala C: LIMITE (bordeline)

Experimentan intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia. Inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, para mantener un claro sentimiento de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitiva - afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

2.7.4.1.2.3 Escala P: PARANOIDE

Muestra desconfianza vigilante respecto de los demás y una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia lo que los conduce a resistirse al control y a las influencias externas. Hay inmutabilidad de sus sentimientos y rigidez de sus pensamientos.

2.7.4.1.3 SINDROMES CLINICOS MODERADOS DE LA PERSONALIDAD

2.7.4.1.3.1 Escala A: ANSIEDAD

Informan de sentimientos aprensivos o específicamente fóbicos, son tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas. Muestran estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Se muestran notablemente excitados y tienen sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

2.7.4.1.3.2 Escala H: HISTERIFORME (tipo somatoforme)

Dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, periodos persistentes de agotamiento y abatimiento, preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática de dolores en regiones diferentes. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

2.7.4.1.3.3. Escala D: NEUROSIS DEPRESIVA (distimia)

Presentan una alegría superficial, elevada. Las puntuaciones altas implican aunque no parezcan en la vida cotidiana del paciente, se ha visto

afectado por un periodo de dos o más años con sentimientos desanimado o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios auto-desvalorativos. Durante periodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración perdida marcada de intereses, paro de actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cubrir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

2.7.4.1.3.4. Escala N: HIPOMANIA

Es un estado afectivo caracterizado por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo y/o irritable, como también por pensamientos y comportamientos consecuentes a ese ánimo normal. Los individuos en estado hipomaniaco tienen menos necesidad de dormir o descansar, pueden ser hiperempáticos-, tienen gran cantidad de energía, este estado de ánimo patológico constituye una de las fases del trastorno bipolar.

2.7.4.1.3.5 Escala B: ABUSO DE ALCOHOL

Las puntuaciones altas probablemente indican una historia de alcoholismo, con esfuerzo por superarlo pero con mínimo éxito y como consecuencia experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

2.7.4.1.3.6 Escala T: ABUSO DE DROGAS

Tienden a tener dificultad a reprimir los impulsos o mantenerlos en los límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de los comportamientos.

2.7.4.1.4 SINDROMES CLINICOS SEVEROS DE LA PERSONALIDAD

2.7.4.1.4.1 Escala SS: PENSAMIENTO PSICOTICO

Se clasifican como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes, dependiendo de la extensión y curso del problema.

Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos, desorientados y ocasionalmente mostrando efectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados

he incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento vigilante.

2.7.4.1.4.2. Escala CC: DEPRESION MAYOR

Habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Marcado enlentecimiento motor, otros muestran una cualidad agitada paseando continuamente o lamentando su estado triste. Disminución de apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio o un despertar precoz. Problemas de concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, ideas obsesivas.

2.7.4.1.4.3. Escala PP: TRASTORNO DELIRANTE

Considerados paranoides agudos, pueden llegar a experimentar delirios irracionales que pueden estar interconectados, de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados.

2.8 CLASIFICACION DE LOS PATRONES O TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL DSM V

2.8.1 PATRONES DE LA PERSONALIDAD

El Manual Estadístico de Diagnostico (DSM) considerado como el sistema de clasificación o taxonomía oficial que deben utilizar los profesionales de la salud mental. Describe todos los trastornos mentales que se conocen.

Este define a los trastornos de la personalidad como patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las experiencias de la cultura del individuo.

De acuerdo al DSM – V en el presente marco teórico se hace referencia a doce patrones o trastornos de personalidad; diez que pertenecen a los grupos característicos y dos relacionados.

2.8.1.1 Grupo A

2.8.1.1.1 Paranoide

Es un patrón de desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).

6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

2.8.1.1.2 Esquizoide

Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

2.8.1.1.3 Esquizotípica

Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Ideas de referencia (con exclusión *de* delirios de referencia).

2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas sub culturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).

3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.

4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, súper elaborado o estereotipado).

5. Susplicacia o ideas paranoides.

6. Afecto inapropiado o limitado.

7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.

8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.

9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

2.8.1.2 Grupo B

2.8.1.2.1 Antisocial

Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad.

Se manifiesta los siguientes hechos:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.

2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.

3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.

4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.

5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.

6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.

7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

2.8.1.2.2 Personalidad límite

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas auto lesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

2.8.1.2.3 Personalidad Histriónica

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra auto dramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

2.8.1.2.4 Narcisista

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos.

Se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es "especial" y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.

5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).

6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).

7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.

8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.

9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad

2.8.1.3 Grupo C

2.8.1.3.1 Personalidad Evitativa

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta.

Se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.

3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.

4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.

5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.

6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.

7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

2.8.1.3.2 Dependiente

Patrón de necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta.

Se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

2.8.1.3.3 Obsesivo-compulsiva

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta.

Se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

2.8.1.1 Trastorno de personalidad especificado

Esta categoría aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de personalidad.

2.8.1.2 Trastorno de la personalidad no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad.

2.9 TRASTORNO POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO SEGÚN EL DSM V

El DSM V menciona criterios diagnósticos aplicados a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

Los criterios son:

2.9.1 Criterio A.

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
(no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos y otros).

2.9.2 Criterio B.

Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

2.9.3 Criterio C.

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2.9.4 Criterio D.

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás y el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

2.9.5 Criterio E

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

2.9.6 Criterio F

La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

2.9.7 Criterio G

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.9.8 Criterio H

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés pos-traumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado)

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

CAPITULO III.

MÉTODO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación es Correlacional ya que busca la relación entre las dos variables. (Hernández, R.2014, pag. 155).

Para Hernández R., Fernández C., Baptista L. (1998), el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, confía además en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población, en un estudio No experimental

Es decir, que miden, evalúan o recolectan datos diversos sobre diferentes aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, medir con la mayor precisión posible constituye además su valor máximo.

Vale mencionar que los estudios descriptivos ofrecen la posibilidad de predicciones o relaciones poco elaboradas porque miden las variables en un solo momento.

3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño de la investigación es no experimental, transeccional o transversal descriptivo porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado.

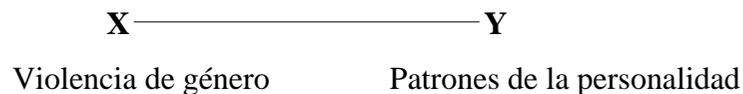
(Hernández, R.2014,pag. 155).

No experimental ya que no se manipulan las variables deliberadamente, se observó el fenómeno de interés tal y como se dio en el contexto natural, para después analizarlo. (Hernandez, R. y Cols 2006 p. 205).

Transeccional o transversal descriptivo, en este tipo de diseño se recolectan datos de

un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Además los estudios transaccionales descriptivos tiene como objeto indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o mas variables de la población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas y así proporcionar su descripción.(Hernandez, R Hernandez, R. y cols, 2006. P 208 -210)

3.2 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN



3.2.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

3.2.1.1 VIOLENCIA DE GÉNERO

“La violencia de género es una forma agresiva de relación basada en el control y el abuso de poder sobre la mujer por el hecho de ser mujer, ejercido a través de malos tratos físicos, psicológicos o sexuales, de distinta intensidad y mediante procedimientos que pueden ser más o menos sutiles” (Davies, 1998; Kelly, 2000; Ferre y Bosch, 2005, citado en Soletto, M. H., 2015, pág. 106).

3.2.1.2 PATRONES DE LA PERSONALIDAD

El patrón de la personalidad es un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, esta se manifiesta en la cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Es perdurable es inflexible y dominante en una variedad de situaciones personales y sociales.

3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.3.1 VIOLENCIA DE GÉNERO

VARIABLE	DIMENSIONES	MEDIDOR	INSTRUMENTO
VIOLENCIA DE GÉNERO	<p>Reexperimentación.</p> <p>Evitación conductual cognitiva.</p> <p>Alteración cognitiva o del estado de ánimo negativo.</p> <p>Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica.</p> <p>Disfunción en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático.</p>	<p>0 : Nada.</p> <p>1 ; una vez por semana o menos/ poco.</p> <p>2 ; dos a cuatro veces por semana/ bastante</p> <p>3 ; 5 veces o más veces por semana,/mucho.</p>	<p>Escala de Gravedad de síntomas de estrés post traumático</p>
	<p>Tipo de Violencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia física. • Violencia psicológica. <p>Fase de la violencia de género:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase de luna de miel. 	<p>0 ; Nada, nunca.</p> <p>1 ; Algunas veces.</p> <p>2 ; Muchas veces.</p> <p>3 ; Casi siempre.</p>	<p>Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara y Romero 2010.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Fase de agresión. • Fase de tensión. <p>Grado de acuerdo o desacuerdo con la Violencia de genero.</p>	4 : Siempre.	
		SI NO	

3.3.2 PATRONES DE LA PERSONALIDAD

VARIABLE	DIMENCIONES	MEDIDOR	INSTRUMENTO
PATRONES DE LA PERSONALIDAD	V ; Validez. X: Sinceridad. Y; Deseabilidad Social. Z ; Alteracion.	2 o > 2 Invalidez del cuestionario. 0 ; Validez del Cuestionario. 1; Validez cuestionable del cuestionario. PD x 445 > 590 Se invalida el cuestionario. TBx> 75 tendencia a la distorsión.	
	PATOLOGIA MODERADA DE LA PERSONALIDAD Escala 1: ESQUIZOIDE Escala 2: Fobica (evitativa) Escala 3 :		Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon - II

	<p>DEPENDIENTE(sumisa)</p> <p>Escala 4: HISTRIONICA</p> <p>Escala 5: NARCISISTA</p> <p>Escala 6 A: <u>ANTISOCIAL</u></p> <p>Escala 6 B: AGRESIVO-SADICA</p> <p>Escala 7: COMPULSIVA (rígida)</p> <p>Escala 8 A: PASIVO-AGRESIVA (negativista)</p> <p>Escala 8B AUTO DESTRUCTIVA (masoquista)</p> <p>PATOLOGIA SEVERA DE LA PERSONALIDAD</p> <p>Escala S: ESQUIZOTIPICA</p> <p>Escala C: LIMITE (bordeline)</p> <p>Escala P: PARANOIDE</p> <p>SINDROMES CLINICOS MODERADOS DE LA PERSONALIDAD</p> <p>Escala A: ANSIEDAD</p> <p>Escala H: HISTERIFORME (tipo somatoforme)</p> <p>Escala D: NEUROSIS DEPRESIVA (distimia)</p> <p>Escala N: HIPOMANIA</p> <p>Escala B: ABUSO DE</p>	<p>V = 1</p> <p>F = 2</p> <p>SR = 0</p>	<p>(MCMI - II)</p>
--	---	---	--------------------

	<p>ALCOHOL</p> <p>Escala T: ABUSO DE DROGAS</p> <p>SINDROMES CLINICOS SEVEROS DE LA PERSONALIDAD</p> <p>Escala SS: PENSAMIENTO PSICOTICO</p> <p>Escala CC: DEPRESION MAYOR</p> <p>Escala PP: TRASTORNO DELIRANTE</p>		
--	--	--	--

3.4 POBLACION Y MUESTRA

3.4.1 POBLACIÓN

La población de estudio es el universo o conjunto de sujetos en quienes se pretende efectuar el estudio, de acuerdo con Selltiz (1980) “La población es un conjunto de todos los elementos o casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernandez y Sampieri y otros, 2014, p.174).

En este sentido la población que se considera en la presente investigación está compuesta por 156 mujeres – madres de familia del Nivel Primaria Comunitaria Vocacional; de la Unidad Educativa “Las Delicias, Profesor Jaime Escalante”, de la ciudad de La Paz.

3.4.2 MUESTRA

Según (Jhonson,2014, Hernández y Sampieri 2014, p.176); La muestra “Es en esencia, un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no pretende de la probabilidad, si no de las características de la investigación o propósitos del investigador”.

Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población.

La selección de la muestra es no probabilística del tipo intencional o dirigida pues la elección de los elementos depende de razones relacionadas con características de la investigación. (Hernández, R.2014, pág. 176).

En la presente investigación la muestra está compuesta por 20 mujeres madres de niños y niñas, con los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección:

- a) Que sean mayores de 18 años de edad.
- b) Madre con hijos en primaria vocacional de la Unidad Educativa.
- c) Antecedentes de haber sufrido violencia de Género.
- d) Que su participación en este estudio sea de su decisión libre y voluntaria.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.5.1 Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara y Romero 2010.

Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) Consta de dos partes, la primera con un total de 28 ítems, mide los comportamientos que subyacen al tipo y fase/s de la violencia. La siguiente parte con 14 ítems, evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo que poseen las personas afectadas sobre algunas creencias relevantes para prevenir, erradicar y resolver la violencia. Las respuestas a los ítems, valoran la ausencia o la presencia de las conductas a través de cinco alternativas de respuesta (0=nada/nunca, 1= algunas veces, 2= muchas veces, 3= casi siempre, 4= siempre).

Las respuestas que miden la escala de creencias son también de cinco alternativas (0= no sabe no responde, , 1= nada de acuerdo, 2= algo de acuerdo, 3= bastante de acuerdo, 4= muy de acuerdo). Estas respuestas miden el grado de acuerdo que poseen las mujeres con la creencia.

La Escala fue aplicada en tesis de investigación anteriormente lo cual ratifica su validez y confiabilidad.

3.5.2 Escala de Gravedad de síntomas de estrés post traumático

Elaborada por Echeburúa 1994. Esta escala que funciona a modo de Entrevista estructurada, es una escala eteroaplicada y que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático.

Esta escala está estructurada en formato escala de Likert de 0 a 3, según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de *re experimentación*, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala de global; de 0 a 15 en la sub escala de re experimentación; de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación.

Este instrumento cuenta además con una sub escala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad, que se compone de 13 ítems con una escala de Likert de la misma estructura (rango 0 - 39) y que puede ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y a orientar al terapeuta la elección de estrategias de intervención.

3.5.3 Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon - II (MCMI - II)

El Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon - II (MCMI - II) de Theodore Millon (1987) evalúa los patrones o los trastornos de la personalidad. El cual evalúa exclusivamente a personas en los que se sospecha la presencia de un trastorno de la personalidad y no debe aplicarse a personas normales. Se aplica a personas con más de 17 años de edad, con un nivel de comprensión de lectura adecuada (Aproximadamente al nivel de 8 años de escolarización). Con 175 ítems, se puede completar en 20 – 30 minutos y su administración es individual.

La adaptación española de este cuestionario ha sido realizada por Ávila, E. A., Jiménez, G. F. y Colaboradores en 1999, y ha sido revisada el año 2002, que, de la misma, presenta una Confiabilidad que oscila entre 0,74 y 0,82, y una Validez que está entre 0,63 y 0,89.

Este cuestionario ya fue aplicado en tesis anteriores, lo que ratifica su validez y confiabilidad.

3.6 PROCEDIMIENTO

De acuerdo, a Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991) el procedimiento de la investigación científica es un proceso que está compuesta por una serie de etapas o fases, las cuales se derivan unas de otras de manera dinámica, cambiante y de manera continua durante todo su desarrollo hasta su conclusión final.

Por ello se realizó la investigación en las siguientes fases:

- Fase 1: Se coordinó con la Dirección de la Unidad Educativa para invitar a las madres, a participar de este estudio.
- Fase 2: Se realizó la sensibilización e información a la población, acerca de los propósitos de la Investigación.
- Fase 3: Se organizó el cronograma de los Entrevistas de acuerdo a la cantidad de participantes.
- Fase 4: En el espacio designado se procedió a la aplicación individual de la Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara y Romero 2010.
- Fase 5: Aplicación de la Escala de Gravedad de síntomas de estrés post traumático
- Fase 6: Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon - II (MCMI - II).

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

La presente sección detalla los resultados más importantes encontrados en el presente estudio acerca de violencia de género y patrones de personalidad, en 20 mujeres madres de familia del Nivel Primaria Comunitaria Vocacional; de la Unidad Educativa “Las Delicias, Profesor Jaime Escalante”, de la ciudad de La Paz.

En principio se realiza un análisis descriptivo de las condiciones sociodemográfico y de violencia experimentada por las participantes del estudio, por medio de la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara y Romero 2010 y la escala de Gravedad de síntomas de estrés post traumático, elaborada por Echeburúa 199, a continuación se realiza una exploración de los patrones de personalidad de las mujeres participantes mediante el Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon - II (MCMI - II) de Theodore Millon (1987). Finalmente se lleva a cabo una análisis correlacional de las condiciones de violencia y la presencia de síntomas de estrés postraumático con los trastornos de personalidad más marcados encontrados entre las mujeres participantes.

4.1. Análisis descriptivo de las condiciones sociodemográficas

4.1.1. Edad

El grupo de mujeres participantes del presente estudio está comprendido en un rango de edades de entre 30 a 47 años, con un promedio de 38 años y una desviación estándar de 5.1, como puede observarse en la tabla 1 a continuación.

Tabla 1. Edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	20	30	47	38.85	5.143
N válido (por lista)	20				

4.1.2. Número de hijos

El promedio de la cantidad de hijos entre las mujeres participantes fue de 4, en general son madres de 2 a 7 hijos, como puede apreciarse en la tabla 2 a continuación.

Tabla 2. Cantidad de hijos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Nro de Hijos	20	2	7	4.10	1.683
N válido (por lista)	20				

4.1.3. Estado civil

La mitad de las mujeres participantes del presente estudio (10 mujeres, 50%), actualmente están casadas, un 40% refiere estar separada y finalmente solo un 10% de las participantes es soltera, como puede apreciarse en la figura 1 a continuación.

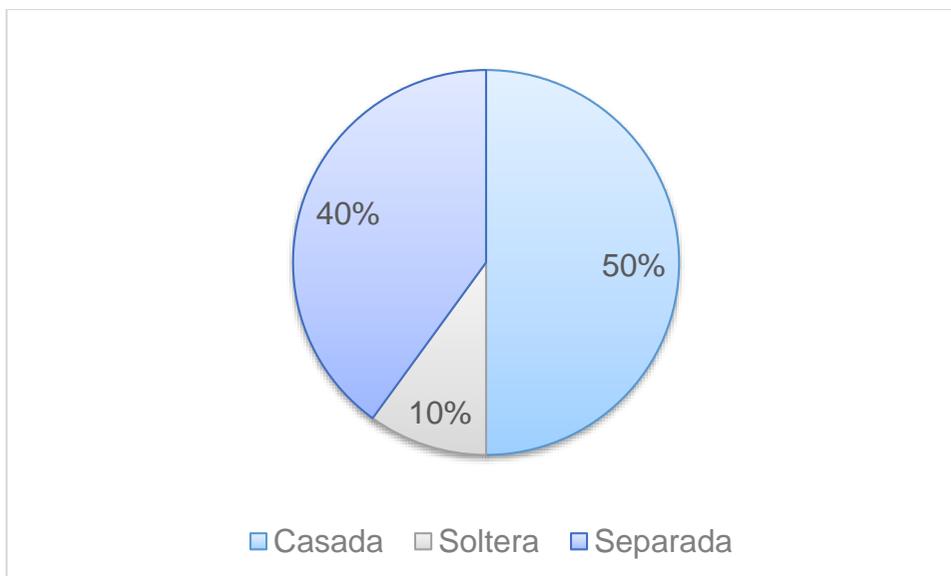


Figura 1. Estado Civil

4.1.4. Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico presente entre las mujeres participantes es en general medio bajo (70%), un 5% de ellas tiene condiciones mas desfavorables y una cuarta parte (25%) tiene condiciones medias en cuanto a lo socioeconómico, como puede apreciarse en la figura 2 a continuación.

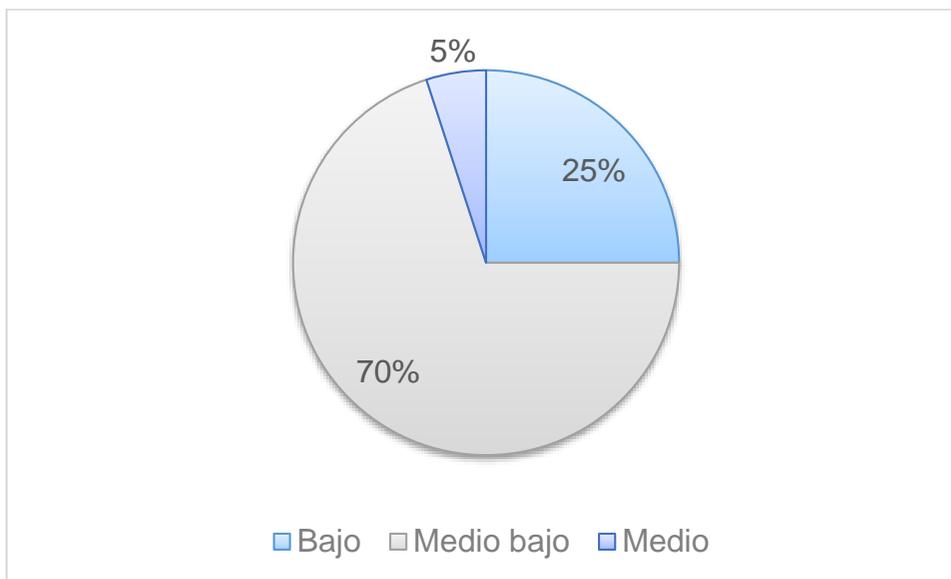


Figura 2. Nivel socioeconómico

4.1.5. Nivel Educativo

El nivel de formación educacional presente en general entre las mujeres participantes del estudio es de solo estudios primarios (65%), en menor medida se registran mujeres que han terminado estudios secundarios (15%) e iniciado estudios universitarios (15%), y tan solo un 5% tienen formación profesional, como puede apreciarse en la figura 3.

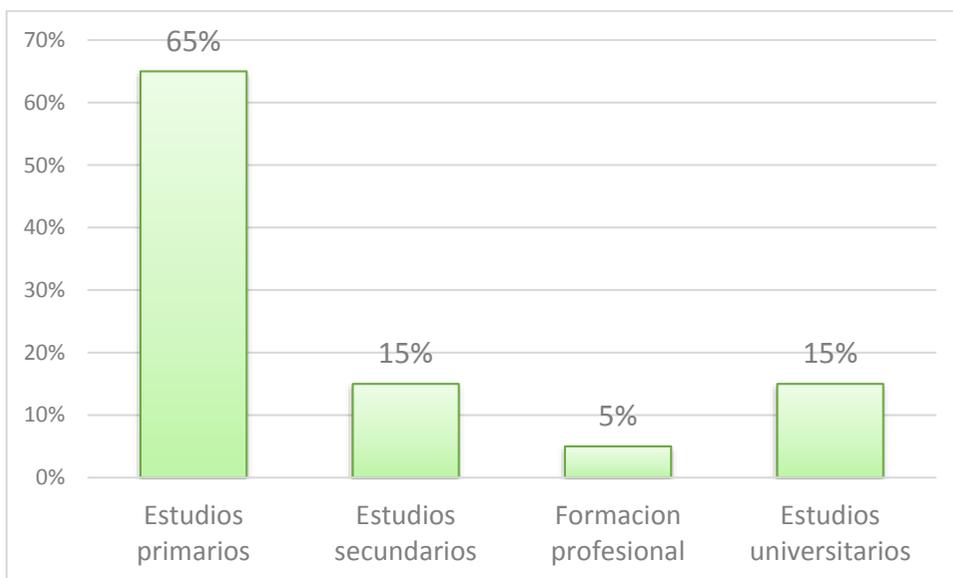


Figura 3. Nivel de educación

4.1.6. Situación laboral

En cuanto al aspecto laboral solo un 10% no tiene actualmente una actividad laboral que le proporcione recursos económicos (amas de casa), el 50% de las mujeres participantes trabaja de forma dependiente, y el 40% desarrolla actividades independientes (comerciantes, vendedoras, negocio, etc) como puede apreciarse en la figura 4 a continuación.

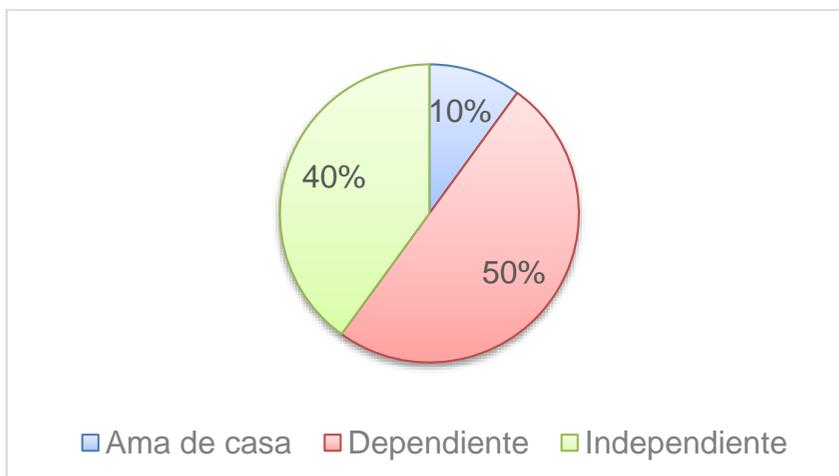


Figura 4. Situación laboral

4.2 . Análisis descriptivo de las condiciones de maltrato y violencia

4.2.1. Tipo de Maltrato

El tipo de maltrato mas común, que es referido por las mujeres participantes, es tanto psicológico como físico (85%) y solo un 15% de ellas, indica que el maltrato es solo psicológico, como puede apreciarse en la figura 5, a continuación.

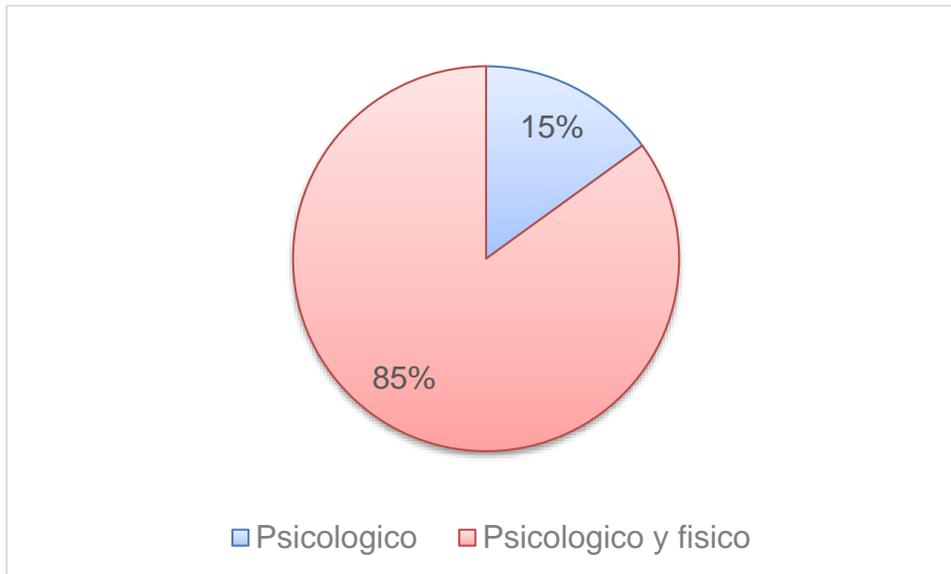


Figura 5. Tipo de Maltrato

4.2.1. Tiempo de recibir maltrato.

El tiempo promedio de soportar maltrato, referido por las mujeres participantes fue de 13 años, en un intervalo que va de 2 a 25 años, como puede apreciarse en la tabla 3 a continuación.

Tabla 3. Tiempo de recibir maltrato

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Tiempo de recibir maltrato	20	2	25	13.55	6.557
N válido (por lista)	20				

4.2.2. Número de veces que ha denunciado la violencia

El total de las mujeres participantes en el presente estudio, indico que nunca, en ningún momento denunciaron la violencia a la cual estaban siendo sometidas, a las autoridades o instituciones encargadas.

4.2.3. Apoyo social

Como puede apreciarse en la figura 6, la gran mayoría de las mujeres participantes indicaron que solo algunas veces contaron con apoyo social un 35% de ellas, refiere nunca haber recibido apoyo social.

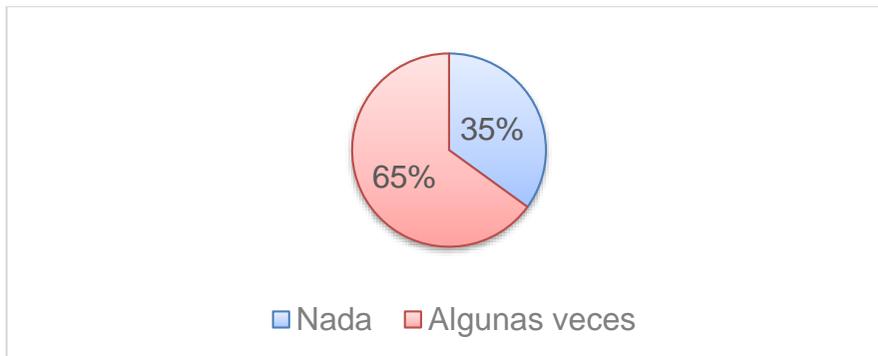


Figura 6. Apoyo social

4.2.4. Apoyo familiar

En cuanto al apoyo familiar, un poco mas de la mitad (55%) de las mujeres refiere contar con dicho apoyo y el 45% de ellas indicaron no contar con la ayuda de la familia.

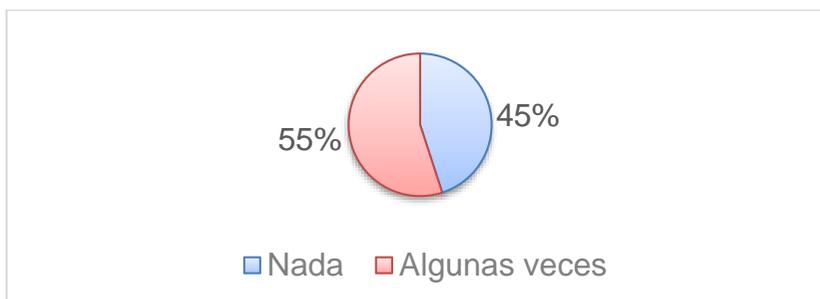


Figura 7. Apoyo familiar

4.2.5. Tipos de violencia

Los tipos de acciones de violencia más comúnmente indicadas por las mujeres participantes fueron sobre todo los golpes (34%), gritos (19%), humillaciones (14%) e insultos (14%), y en menor medida están las peleas (7%), jalones y abuso sexual (5% respectivamente) como puede apreciarse en la figura 8 a continuación.

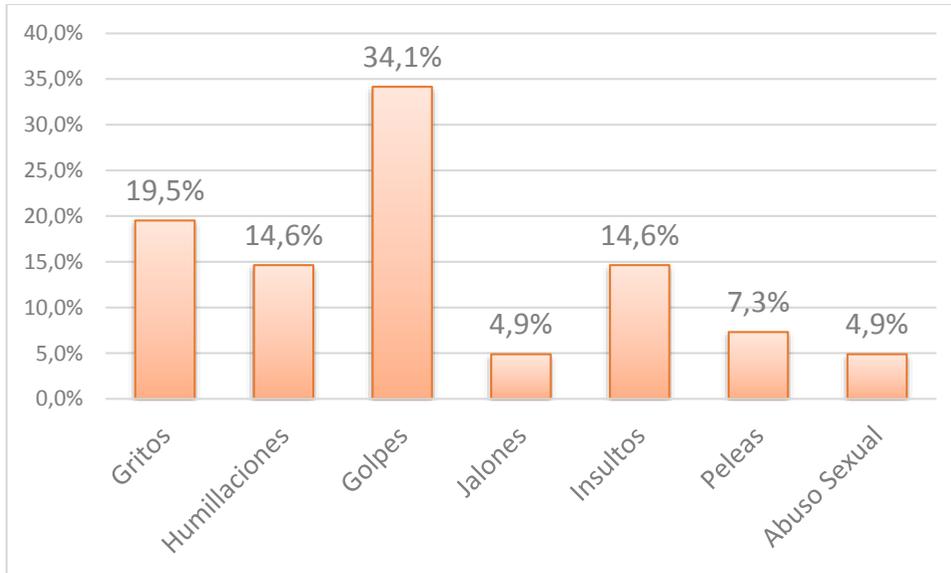


Figura 8. Tipos de violencia

4.2.6. Exposición y frecuencia al suceso traumático

La totalidad de las mujeres participantes, indicó que el tipo de exposición a la violencia fue de carácter directo, al igual que la frecuencia a sucesos traumáticos fue de episodios continuados.

4.2.7. Tiempo de inicio de la violencia

El promedio en años, referido por las mujeres participantes, del tiempo desde que inicio la violencia fue de 13 años, de un rango que va desde 2 a 29 años, como se puede observar en la tabla 4, a continuación.

Tabla 4. Tiempo de inicio de la violencia

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Tiempo de inicio de la violencia	20	2	29	13.95	7.280
N válido (por lista)	20				

4.2.8. La violencia continua

Un poco mas de la mitad del grupo de mujeres participantes (55%) , admitió que la violencia aun persiste y el restante 45%, indico que actualmente la violencia ceso, como puede apreciarse en la figura 9, a continuación.

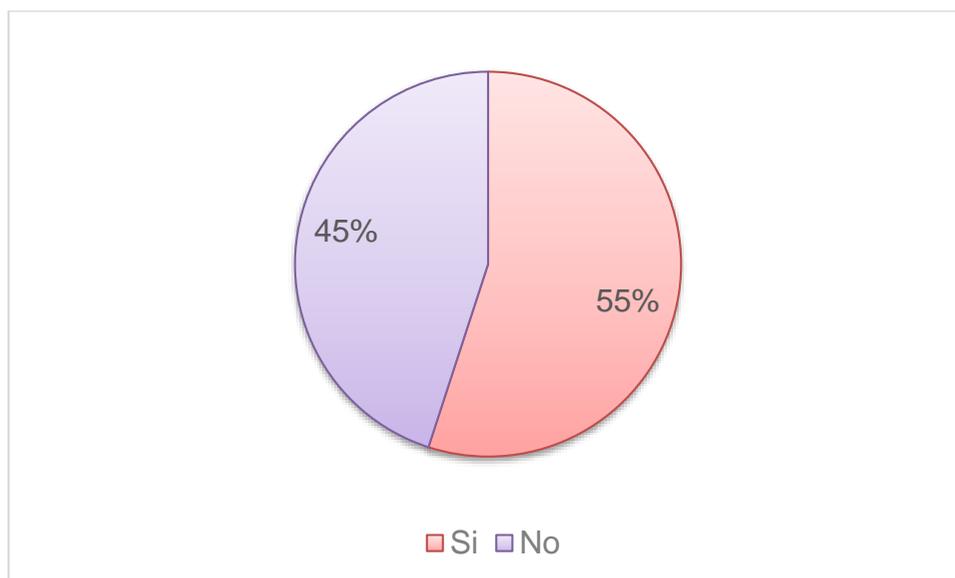


Figura 9. Si la violencia continua

4.2.9. Tiempo transcurrido desde la última vez de recibir maltrato

En general el tiempo transcurrido desde el ultimo episodio de maltrato, fue en un rango de 1 a 30 meses, siendo la media de 5 meses aproximadamente, según informaron las mujeres participantes, como puede detallarse en la tabla 5, a continuación.

Tabla 5. Tiempo transcurrido desde la ultima vez

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Tiempo desde la ultima vez	20	1	30	5.40	6.908
N válido (por lista)	20				

4.2.10. Recibió tratamiento

Nuevamente, la totalidad de mujeres participantes del presente estudio, negó haber recibido algún tipo de tratamiento por el maltrato a la cual fueron sujetas.

4.2.11. Exposición a la violencia en la infancia-adolescencia

En cuanto al historial de violencia en la infancia-adolescencia que tuvieron las mujeres participantes encuestadas, indicaron en su gran mayoría (90%) no haber sufrido de maltrato al interior de su familia en esas etapas y solo un 10% admitió que si vivieron situaciones de violencia durante esas etapas, como puede apreciarse en la figura 10, a continuación.



Figura 10. Exposición a la violencia en la infancia-adolescencia

4.2.12. Revictimización a otro suceso traumático

El 15% de las mujeres participantes, indicó haber experimentado la revictimización a otro suceso traumático, y la gran mayoría (85%) de ellas, refirió no haber experimentado revictimización, como puede apreciarse en la figura 11 a continuación.

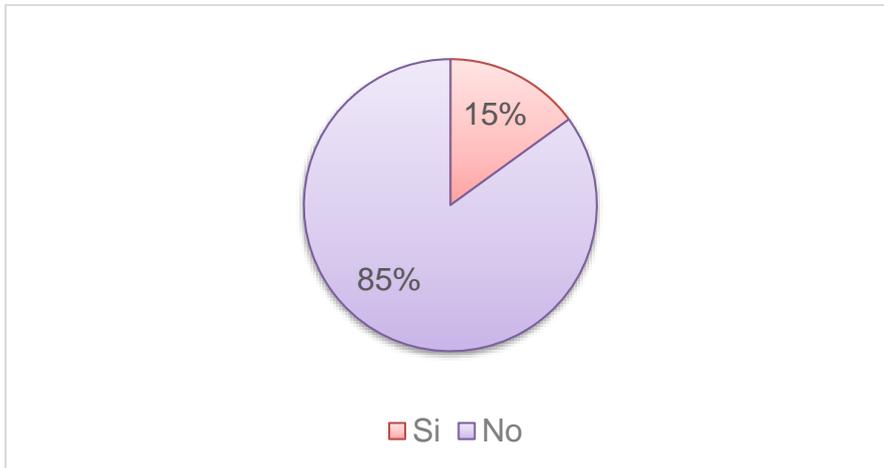


Figura 11. Revictimización a otro suceso traumático

4.2.13. Secuelas físicas.

Una mayoría de las mujeres participantes (65%) indicó, que como producto del maltrato al cual fueron sometidas, desarrollaron secuelas físicas, como falta de aire, sensación de ahogo, sudor, pérdida de apetito, escalofríos y temblores. El restante de participantes (35%) negaron la aparición de secuelas físicas posterior al maltrato, como puede apreciarse en la figura 12, a continuación.

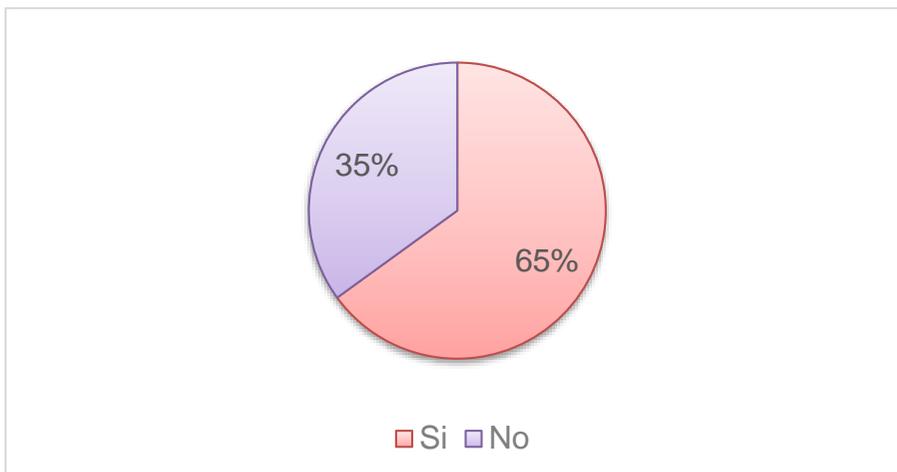


Figura 12. Secuelas físicas.

4.3. Análisis descriptivo del tipo y fase de la violencia de género

A continuación, se resumen los resultados más importantes hallados, posterior a la aplicación de la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara y Romero.

4.3.1. Fase de tensión

La figura 13 evidencia el nivel de violencia experimentado por las mujeres participantes en esta fase, como puede apreciarse una gran mayoría de ellas presento niveles significativos o muy significativos de exposición al maltrato (65% y 25% respectivamente) en relación a solo el 10% de participantes en que dicha exposición a la violencia sufrida no fue significativa.

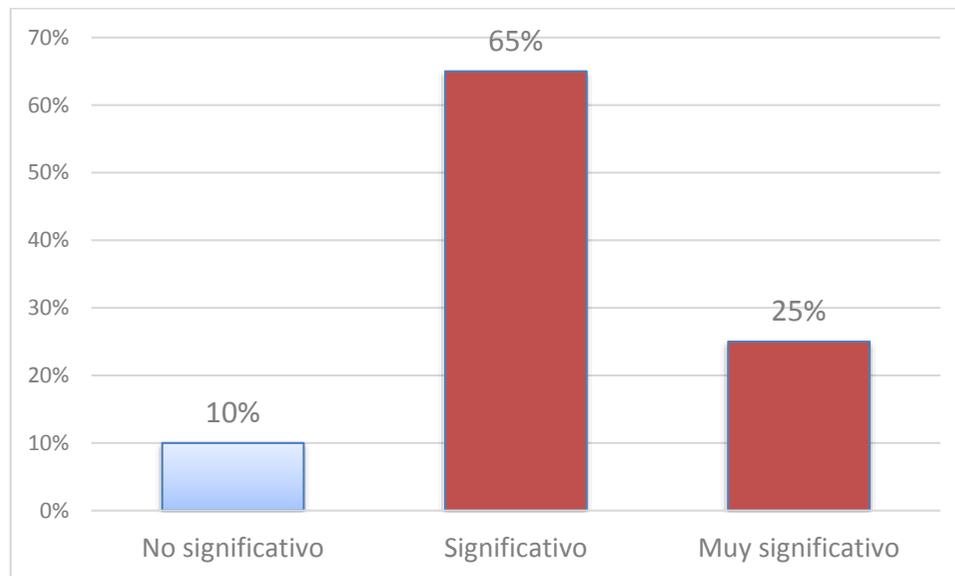


Figura 13. Fase de tensión

4.3.2. Violencia física

La figura 14 evidencia el nivel de violencia experimentado por las mujeres participantes en esta fase, como puede apreciarse solo la mitad de ellas presenta niveles significativos o muy significativos de exposición al maltrato (30% y 20% respectivamente) en

relación a la otra mitad (50%) de participantes en que dicha exposición a la violencia sufrida no fue significativa.

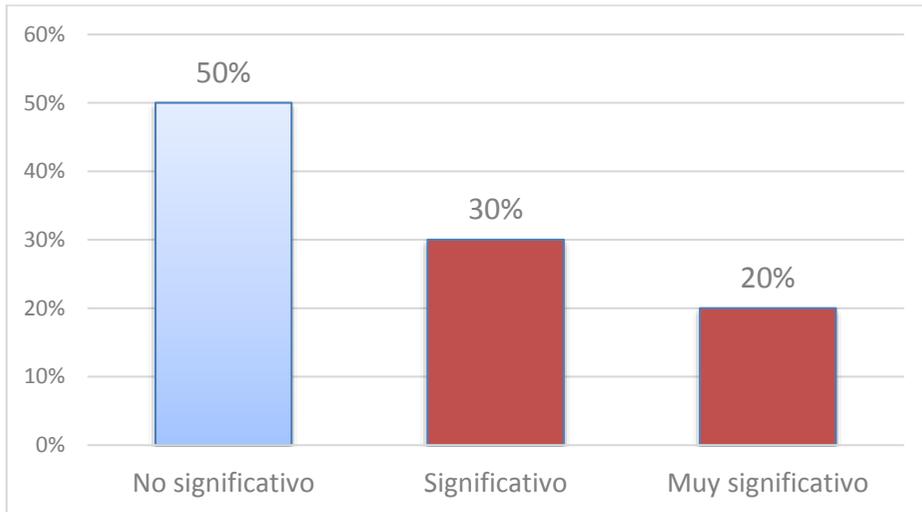


Figura 14. Violencia física.

4.3.3. Agresión física

La figura 15 evidencia el nivel de violencia experimentado por las mujeres participantes en esta fase, como puede apreciarse una mayor número de ellas presento niveles significativos o muy significativos de exposición al maltrato (45% y 20% respectivamente) en relación al otro 35% de participantes en que dicha exposición a la violencia sufrida no fue significativa.

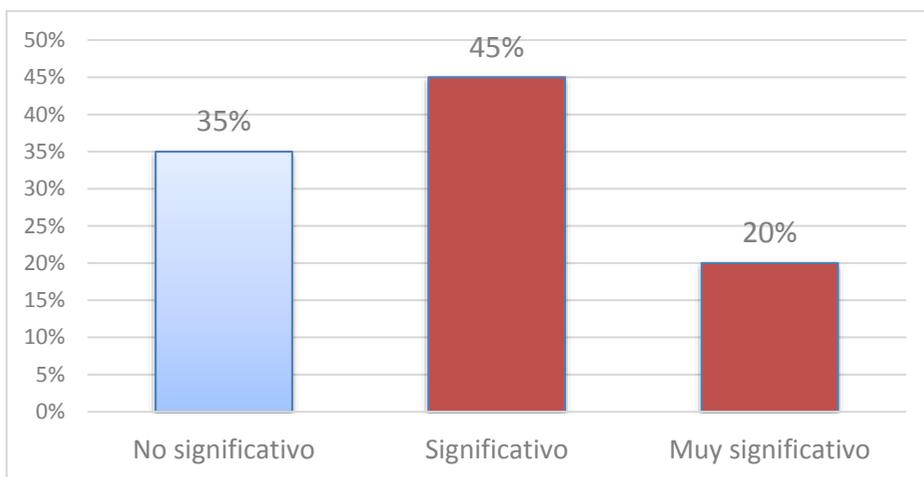


Figura 15. Agresión física

4.3.4. Violencia Psicológica

La figura 16 evidencia el nivel de violencia experimentado por las mujeres participantes en esta fase, como puede apreciarse una poco mas de la mitad de ellas presento niveles significativos o muy significativos de exposición al maltrato (30% y 25% respectivamente) en relación al otro 45% de participantes en que dicha exposición a la violencia sufrida no fue significativa.

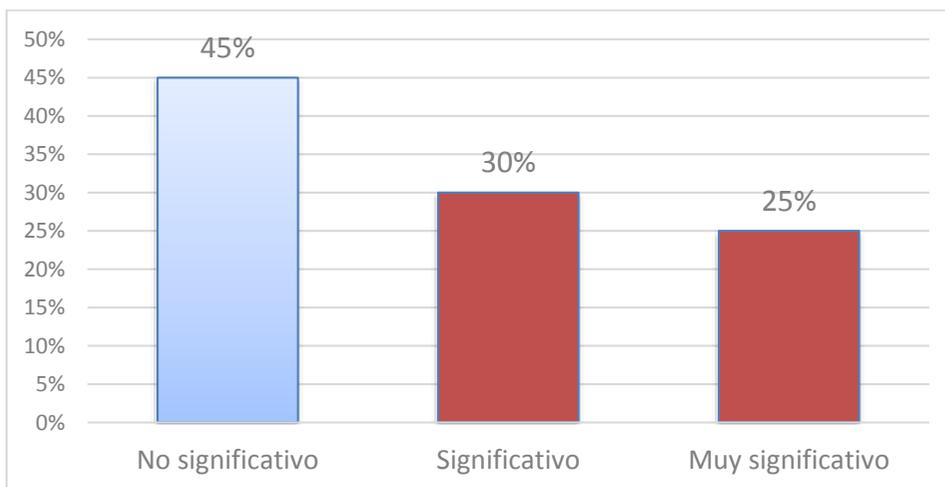


Figura 16. Violencia Psicológica

4.3.5. Fase de luna de miel

La figura 17 evidencia el nivel de violencia experimentado por las mujeres participantes en esta fase, como puede apreciarse casi la totalidad de ellas presento niveles significativos o muy significativos de exposición al maltrato (60% y 35% respectivamente) en relación al pequeño porcentaje de 5% de participantes en que dicha exposición a la violencia sufrida no fue significativa en esta fase.

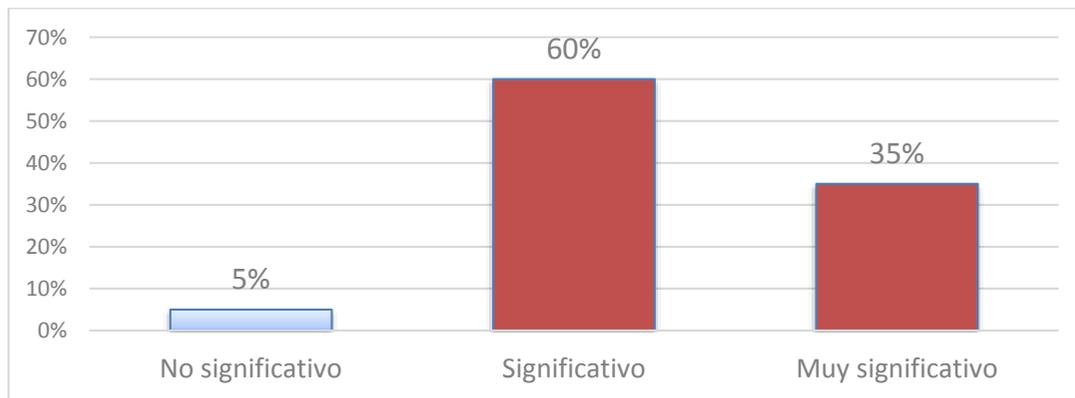


Figura 17. Fase de luna de miel

4.3.6. Comparativa entre las distintas fases de violencia

La tabla 6 y figura 18 comparan el nivel de violencia experimentado por las mujeres participantes en las distintas fases, como puede apreciarse es en la fase de luna de miel (95% de las mujeres) donde se puede evidenciar una más significativa experimentación de la violencia, seguida de la fase de tensión (90%). Posteriormente le siguen como medianamente altas las fases de agresión física (65%), violencia psicológica (55%) y violencia física (50%).

Tabla 6. Comparativa entre las distintas fases de violencia

	N	No significativo	Significativo o muy significativo
Violencia física	20	50%	50%
Violencia Psicológica	20	45%	55%

Agresion fisica	20	35%	65%
Fase de tension	20	10%	90%
Fase de luna de miel	20	5%	95%
N válido (por lista)	20		

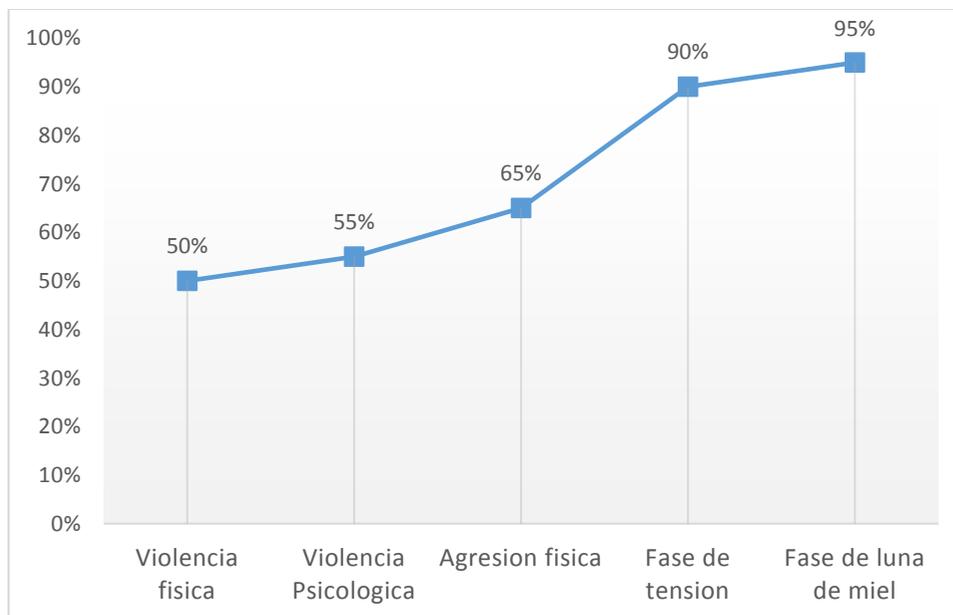


Figura 18. Comparativa entre las distintas fases de violencia

4.4. Análisis descriptivo de los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático

A continuación, se resumen los resultados más importantes hallados, posterior a la aplicación de la escala de evaluación síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático.

4.4.1. Reexperimentación

La figura 18 evidencia el nivel de síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático como reexperimentación experimentada por las mujeres participantes, como puede apreciarse una mayoría de ellas presento niveles significativos o muy

significativos de aparición de dichos síntomas (55% y 15% respectivamente) en relación a solo el 30% de participantes que no desarrollaron dicha sintomatología.

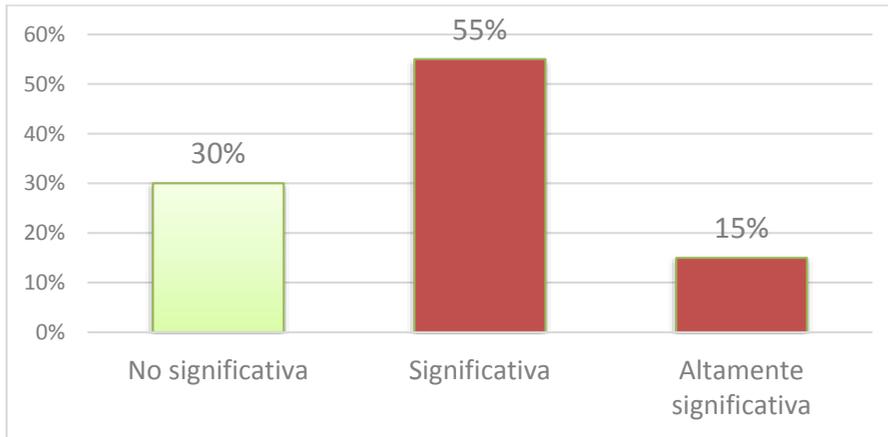


Figura 18. Reexperimentación

4.4.2. Evitación

La figura 19 evidencia el nivel de síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático como evitación experimentada por las mujeres participantes, como puede apreciarse una gran mayoría de ellas presento niveles significativos o muy significativos de aparición de dichos síntomas (60% y 35% respectivamente) en relación a tan solo el 5% de participantes que no desarrollaron dicha sintomatología.

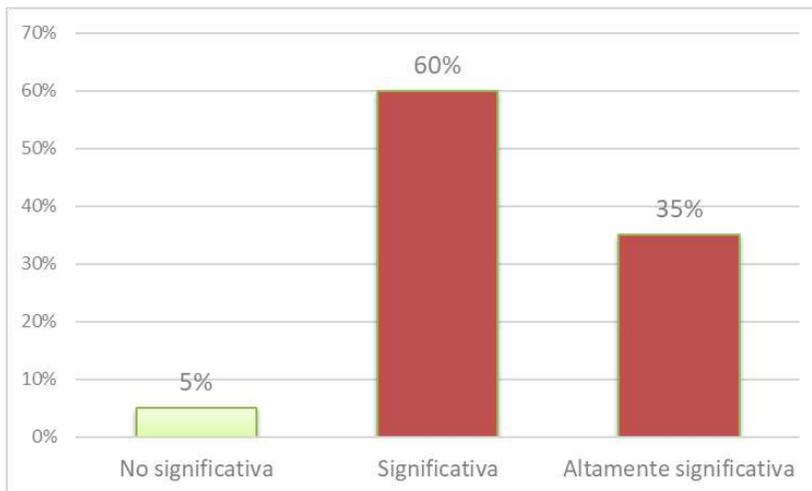


Figura 19. Evitación

4.4.3. Alteraciones cognitivas

La figura 20 evidencia el nivel de síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático como alteraciones cognitivas experimentada por las mujeres participantes, como puede apreciarse una mayoría de ellas presento niveles significativos o muy significativos de aparición de dichos síntomas (55% y 35% respectivamente) en relación a tan solo el 10% de participantes que no desarrollaron dicha sintomatología.

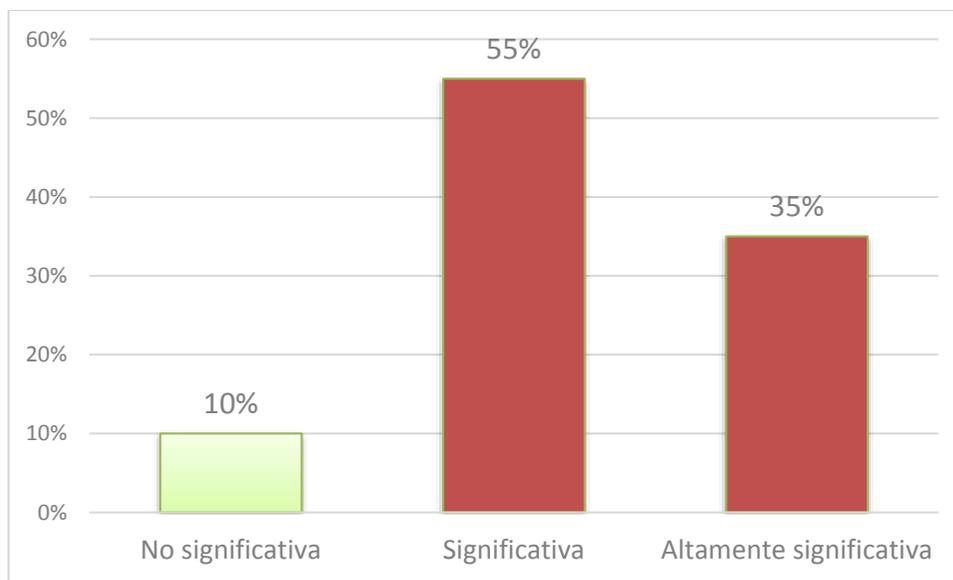


Figura 20. Alteraciones cognitivas

4.4.4. Aumento

La figura 21 evidencia el nivel de síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático como aumento experimentada por las mujeres participantes, como puede apreciarse una mayoría de ellas presento niveles significativos o muy significativos de aparición de dichos síntomas (60% y 30% respectivamente) en relación a tan solo el 10% de participantes que no desarrollaron dicha sintomatología.

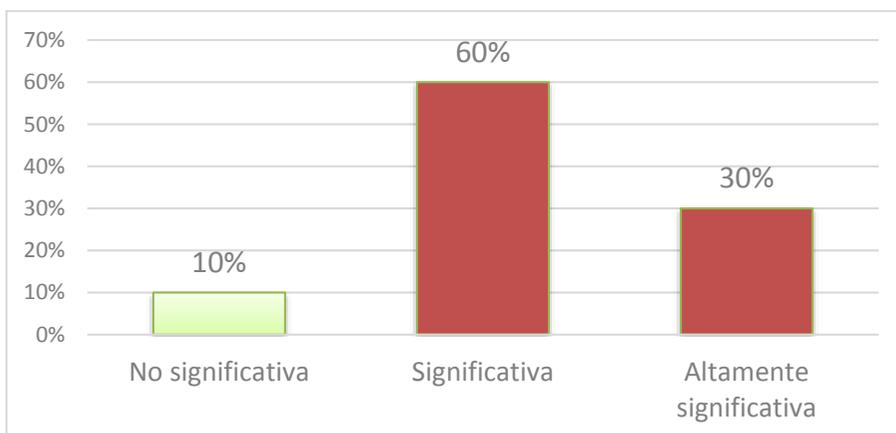


Figura 21. Aumento

4.4.5. General

La figura 22 evidencia el grado de síntomas y la intensidad del trastorno de estrés post traumático a nivel general experimentada por las mujeres participantes, como puede apreciarse una mayoría de ellas presento niveles significativos o muy significativos de aparición de dichos síntomas (60% y 30% respectivamente) en relación a tan solo el 10% de participantes que no desarrollaron dicha sintomatología en general.

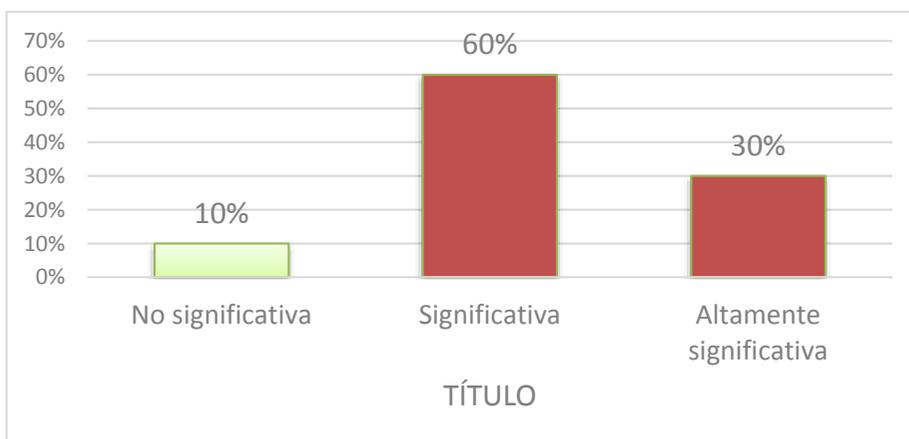


Figura 22. General

4.4.6. Síntomas disociativos

La figura 23 evidencia el grado de síntomas disociativos experimentada por las mujeres participantes, como puede apreciarse una mayoría de ellas presento niveles significativos de aparición de dichos síntomas (80%) en relación a tan solo el 20% de participantes que no desarrollaron dicha síntomas en general.



Figura 23. Síntomas disociativos

4.4.7. Síntomas disociativos después de 6 meses del suceso

La figura 24 evidencia el grado de síntomas disociativos después de 6 meses del suceso experimentada por las mujeres participantes, como puede apreciarse una mayoría de ellas presento niveles significativos de aparición de dichos síntomas (60%) en relación a tan solo el 40% de participantes que no desarrollaron dicha síntomas en general.

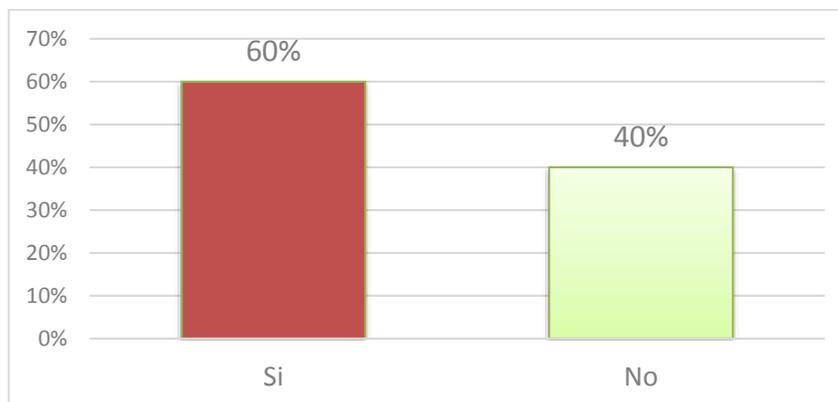


Figura 24. Síntomas disociativos después de 6 meses del suceso

4.4.8. Disfuncionalidad en la vida cotidiana

La figura 25 evidencia el grado de disfuncionalidad en la vida cotidiana experimentada por las mujeres participantes, como puede apreciarse una mayoría de ellas presento niveles significativos y altamente significativos de aparición de dicha disfuncionalidad (35% y 45% respectivamente) en relación a tan solo el 20% de participantes que no desarrollaron dicha disfuncionalidad.

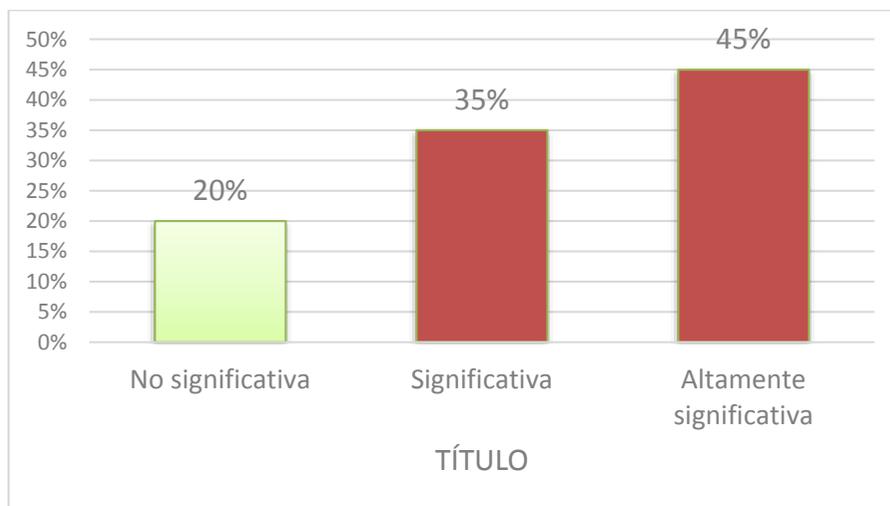


Figura 25. Disfuncionalidad en la vida cotidiana

4.4.9. Comparativa entre los distintos tipos de síntomas y de la intensidad del trastorno de estrés post traumático

La tabla 7 y figura 26 comparan el nivel experimentado de síntomas y de la intensidad del trastorno de estrés post traumático por las mujeres participantes, como puede apreciarse, van en orden de importancia en cuanto al número de mujeres participantes que experimentas estos síntomas, siendo los de evitación (95%) el más marcado, le continúan los síntomas de aumento (90%), alteraciones cognitivas (90%) y finalmente están los de reexperimentación (70%) como el menos marcado

Tabla 7. Comparativa entre los distintos tipos de síntomas y de la intensidad del trastorno de estrés post traumático

	N	No significativo	Significativo o muy significativo
Reexperimentacion	20	30%	70%
Alteraciones cognitivas	20	10%	90%
Aumento	20	10%	90%
Evitacion	20	5%	95%
N válido (por lista)	20		

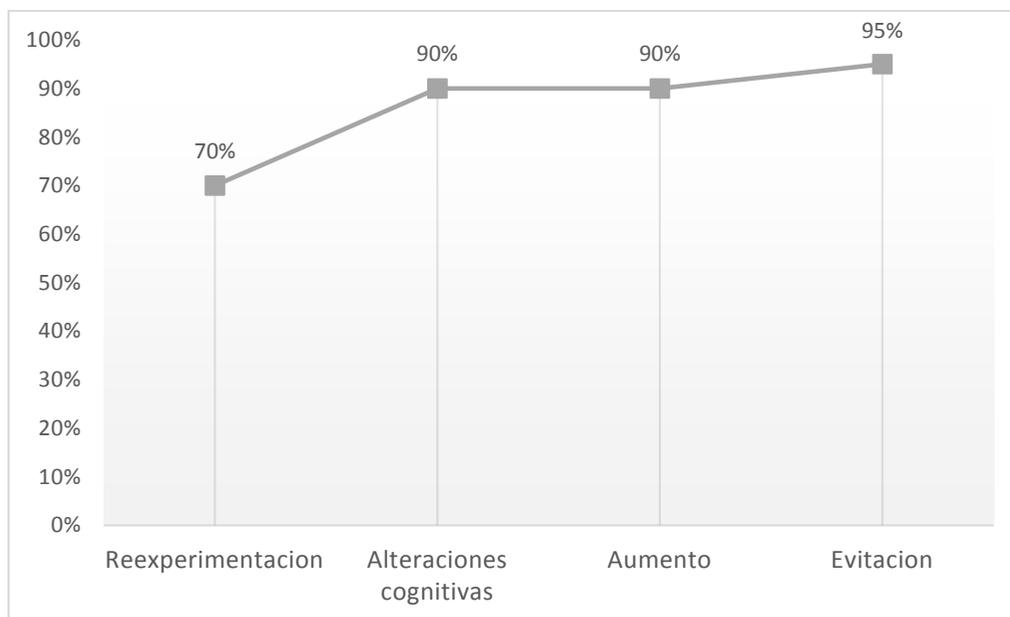


Figura 26. Comparativa entre los distintos tipos de síntomas y de la intensidad del trastorno de estrés post traumático

4.5. Análisis descriptivo de los patrones de personalidad

A continuación, se resumen los resultados más importantes hallados, posterior a la aplicación del el Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon al grupo de mujeres participantes del presente estudio.

4.5.1. Esquizoide

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad esquizoide, evidencian ser una característica presente muy significativa (95%) entre las mujeres participantes del estudio, como puede observarse en la figura 27.

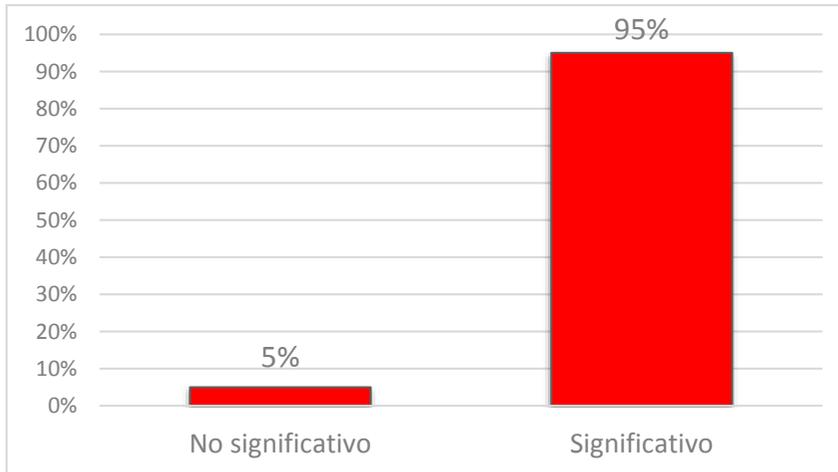


Figura 27. Esquizoide

4.5.2. Fóbica

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad fóbica, evidencian ser una característica totalmente significativa (100%) entre las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 28.

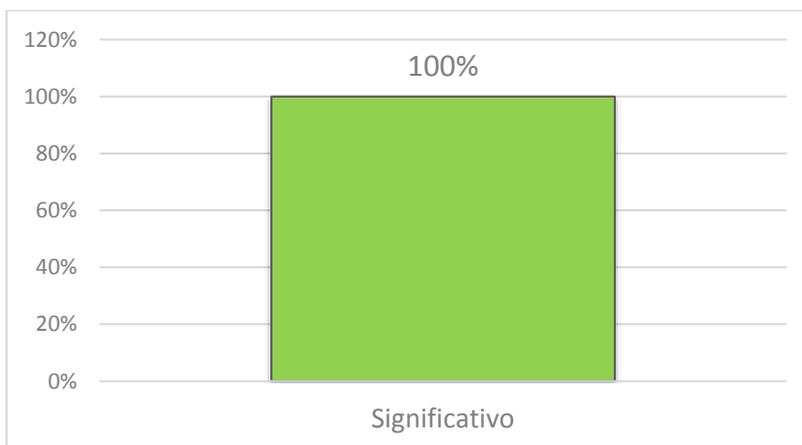


Figura 28. Fóbica

4.5.3. Dependiente

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad fóbica, evidencian ser una característica también muy significativa (85%) entre las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 29.

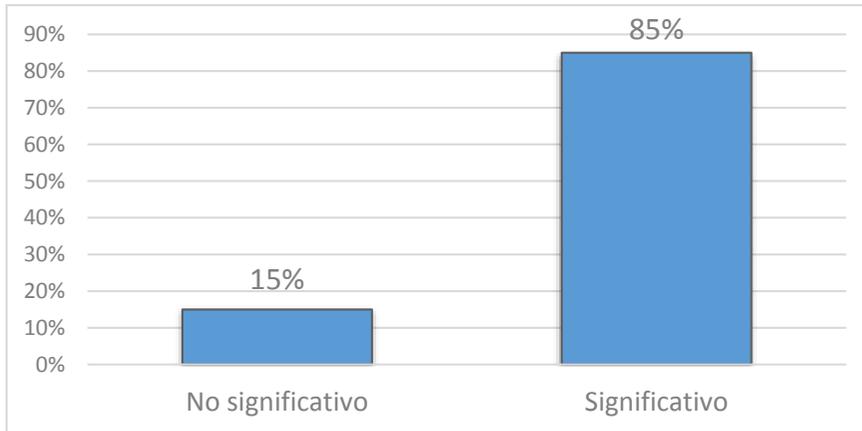


Figura 29. Dependiente

4.5.4. Histriónica

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad histriónica, evidencian que esta característica es significativa en solo un cuarto (25%) de las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 30.

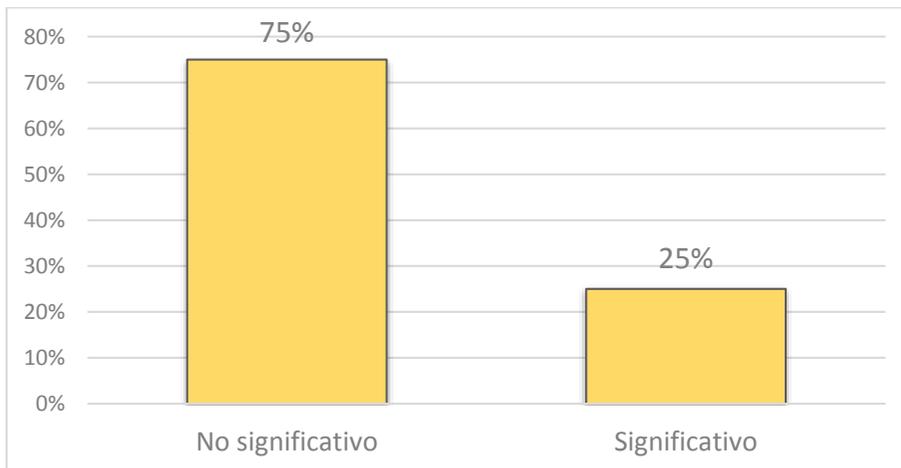


Figura 30. Histriónica

4.5.5. Narcisista

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad narcisista, evidencian que esta característica es igualmente significativa como en la anterior en solo un cuarto (25%) de las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 31.

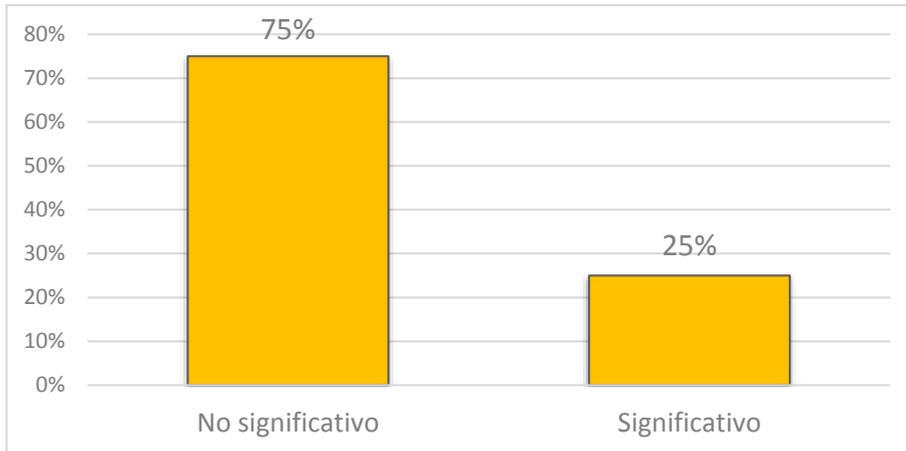


Figura 31. Narcisista

4.5.6. Antisocial

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad antisocial, evidencian que esta característica es significativa en un 35% de las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 32, a continuación.

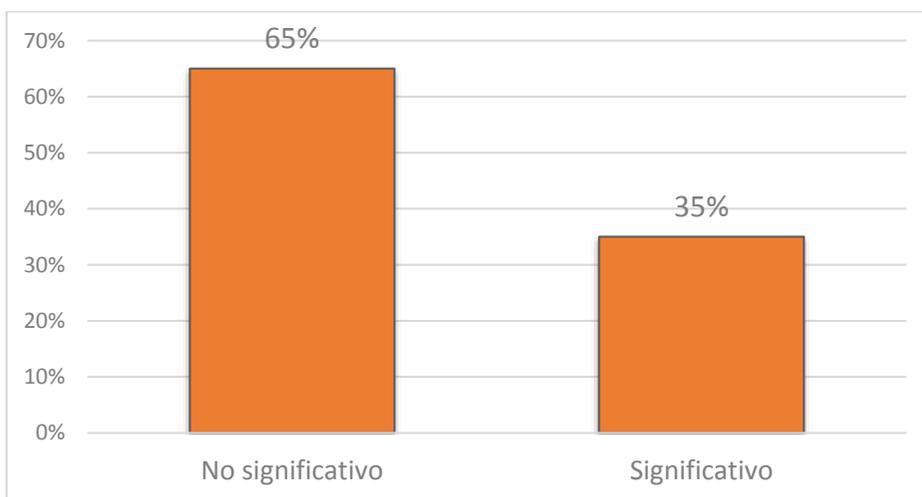


Figura 32. Antisocial

4.5.7. Sádica

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad sádica evidencian que esta característica está significativamente presente en la mitad (50%) de las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 33, a continuación.

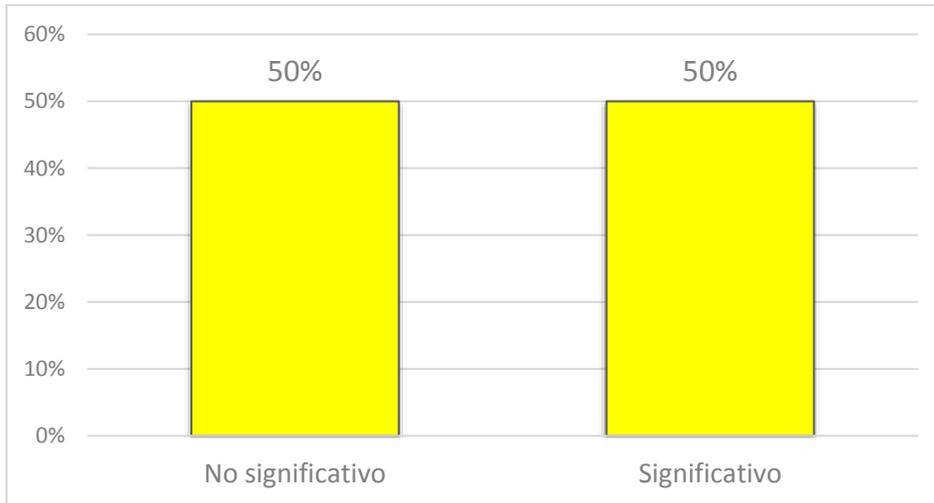


Figura 33. Sádica

4.5.8. Compulsiva

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad compulsiva evidencian que esta característica está mínimamente presente (15%) entre las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 34, a continuación.

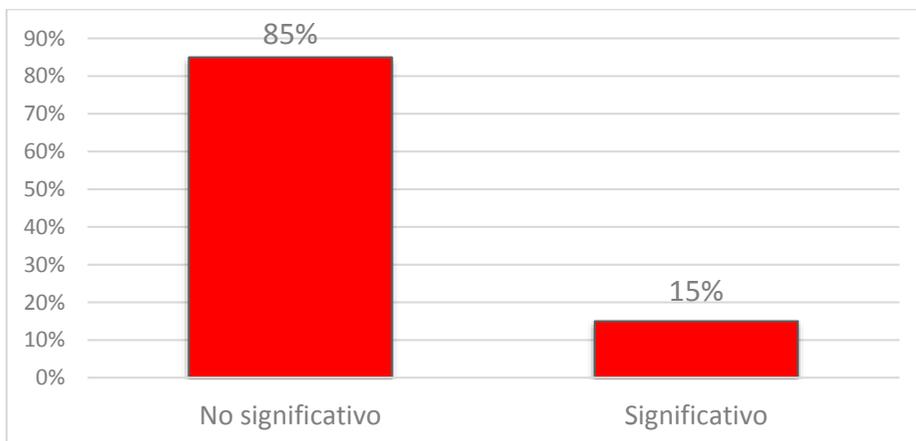


Figura 34. Compulsiva

4.5.9. Agresiva

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad agresiva muestran que esta característica está presente de forma importante (60%) entre las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 35, a continuación.

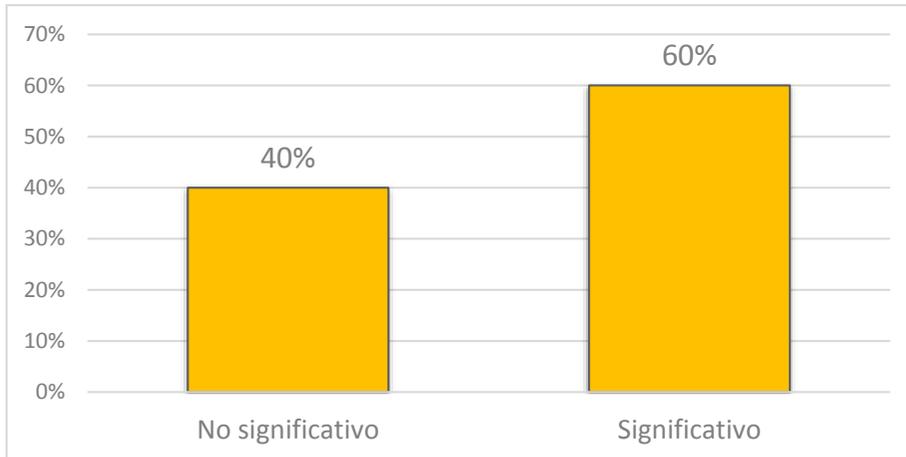


Figura 35. Agresiva

4.5.10. Masoquista

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad agresiva muestran que esta característica está totalmente presente (100%) entre las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 36, a continuación.

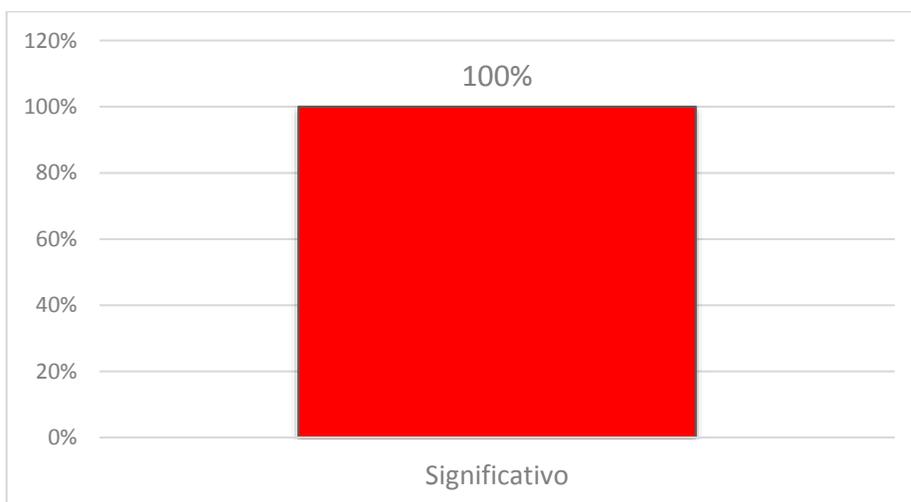


Figura 36. Masoquista

4.5.11. Esquizotípica

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad esquizotípica muestran que esta característica está totalmente presente (100%) entre las mujeres participantes del estudio como puede observarse en la figura 37, a continuación.



Figura 37. Esquizotípica

4.5.12. Limite

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad limite muestran que el patrón de trastorno descompensado es claramente evidente entre la mayoría (75%) de las mujeres participantes del estudio, también un porcentaje pequeño (5%) tiene pronosticado trastorno moderado, como puede observarse en la figura 38, a continuación.

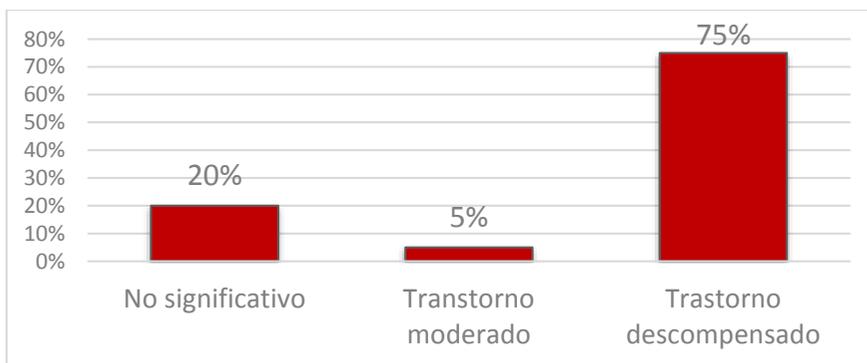


Figura 38. Limite

4.5.13. Paranoide

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad paranoide muestran que el patrón de trastorno descompensado se encuentra medianamente presente (30%) entre las mujeres participantes del estudio, como puede observarse en la figura 39, a continuación.

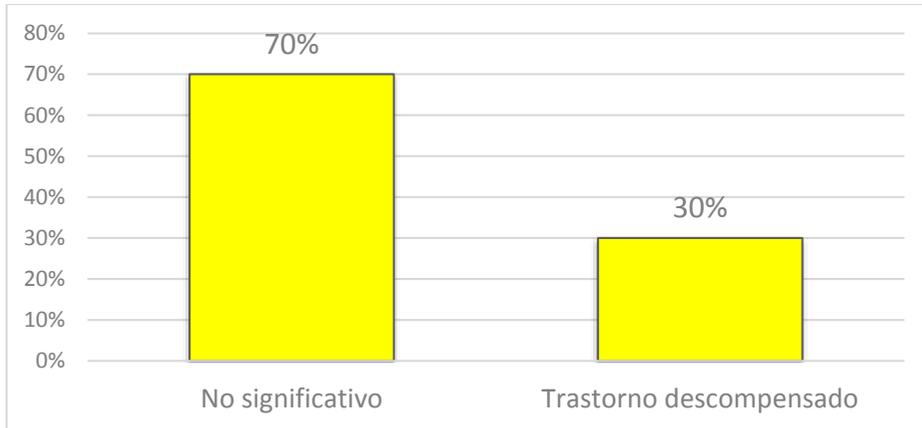


Figura 39. Paranoide

4.14. Ansiedad

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad de ansiedad muestran que el patrón de trastorno severo está totalmente presente (100%) entre las mujeres participantes del estudio, como puede observarse en la figura 40, a continuación.

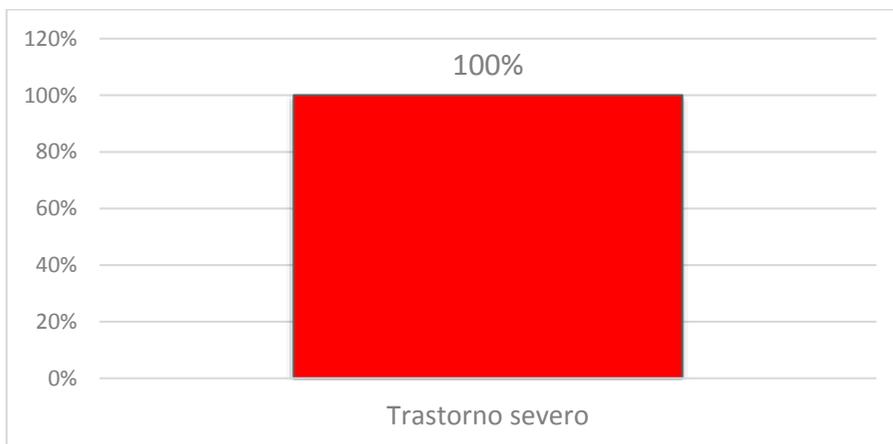


Figura 40. Ansiedad

4.5.15. Somatización

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad de somatización muestran que el patrón de trastorno severo está totalmente presente (100%) entre las mujeres participantes del estudio, como puede observarse en la figura 41, a continuación.

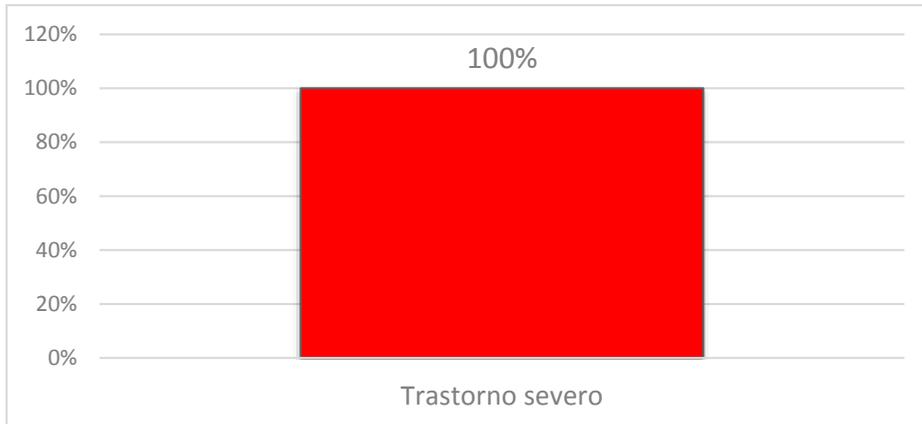


Figura 41. Somatización

4.5.16. Hipomanía

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad de hipomanía muestran que el patrón de trastorno severo está medianamente presente (30%) entre las mujeres participantes del estudio, además también se evidencia un reducido porcentaje de participantes con trastorno moderado (5%) o que es significativo (15%) como puede observarse en la figura 42, a continuación.

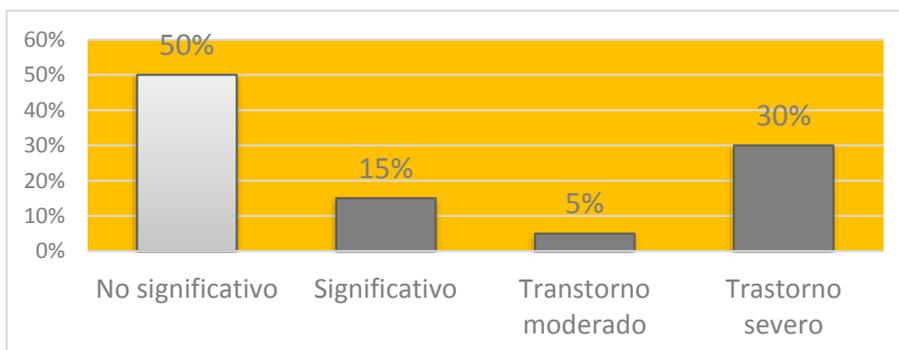


Figura 42. Hipomanía

4.5.17. Distimia

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad de distimia muestran que el patrón de trastorno severo está muy altamente presente (90%) entre las mujeres participantes del estudio, además también se evidencia un reducido porcentaje de participantes con trastorno moderado (5%) o que es significativo (5%) como puede observarse en la figura 43, a continuación.

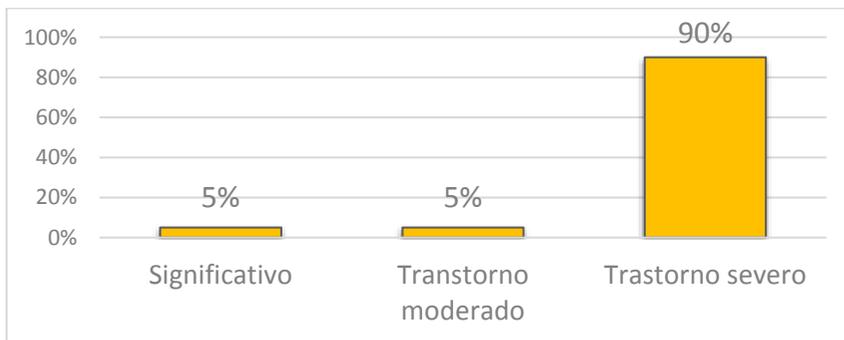


Figura 43. Distimia

4.5.18. Dependencia al Alcohol

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad de dependencia al alcohol muestran que el patrón de trastorno severo está altamente presente (65%) entre las mujeres participantes del estudio, además también se evidencia un reducido porcentaje de participantes con trastorno moderado (5%) o que es significativo (10%) como puede observarse en la figura 44, a continuación.

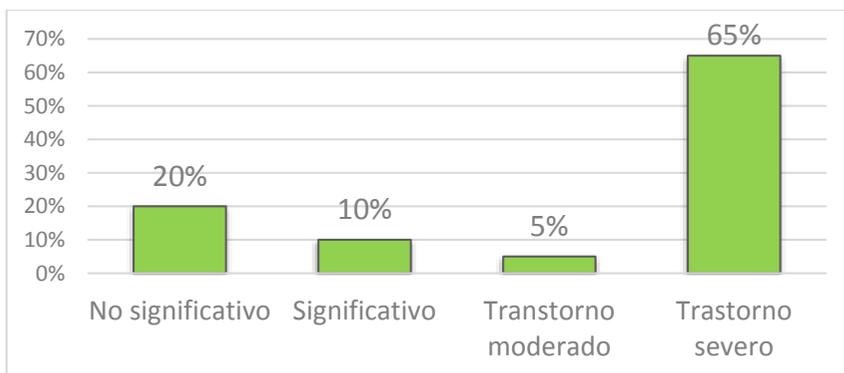


Figura 44. Dependencia al alcohol

4.5.19. Dependencia a las drogas

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad de dependencia a las drogas muestran que el patrón de trastorno severo está marcadamente presente en la mitad (50%) de las mujeres participantes del estudio, además también se evidencia un reducido porcentaje de participantes con trastorno moderado (10%) como puede observarse en la figura 45, a continuación.

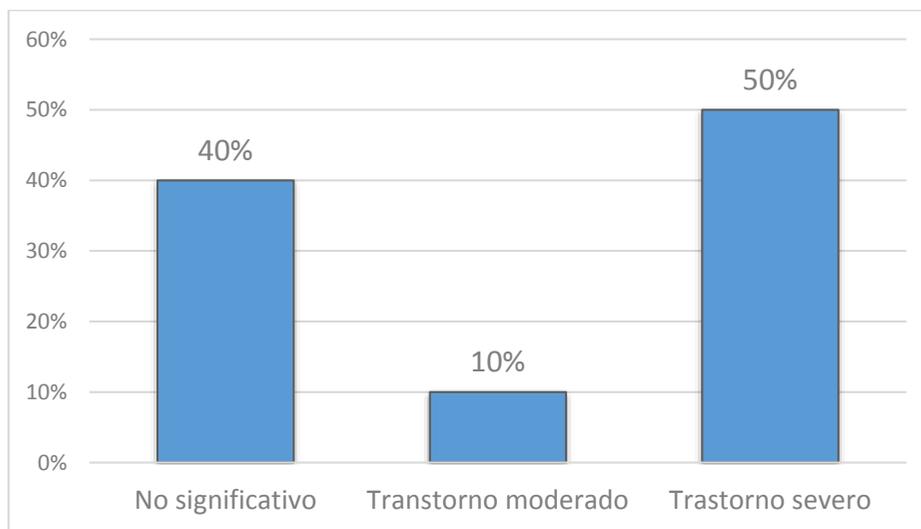


Figura 45. Dependencia a las drogas

4.5.20. Psicótico

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad psicótica muestran que el pronóstico de sospecha de psicosis está totalmente presente (100%) entre las mujeres participantes del estudio, como puede observarse en la figura 46, a continuación.

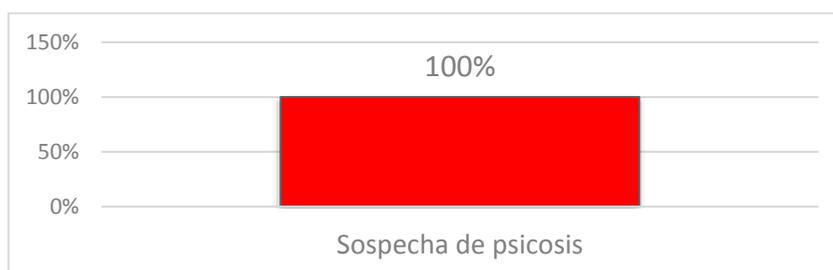


Figura 46. Psicótico

4.5.21. Depresión mayor

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad de depresión mayor muestran que el pronóstico de sospecha de depresión mayor está muy marcadamente presente (90%) entre las mujeres participantes del estudio, además también un 5% de las participantes han sido pronosticadas con posible depresión mayor como puede observarse en la figura 47, a continuación.

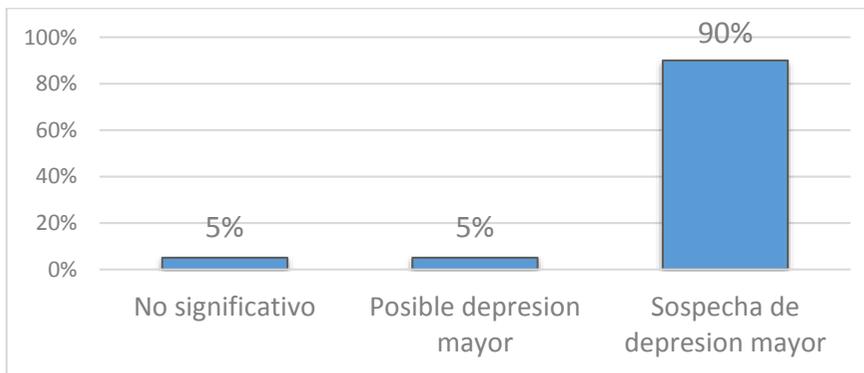


Figura 46. Depresión mayor

4.5.22. Trastorno delirante

Los resultados obtenidos a nivel del rasgo de personalidad de trastorno delirante muestran que el pronóstico de sospecha de trastorno delirante está solamente presente en un 20% entre las mujeres participantes del estudio, además también un 5% de las participantes han sido pronosticadas con posible perturbación delirante como puede observarse en la figura 47, a continuación.

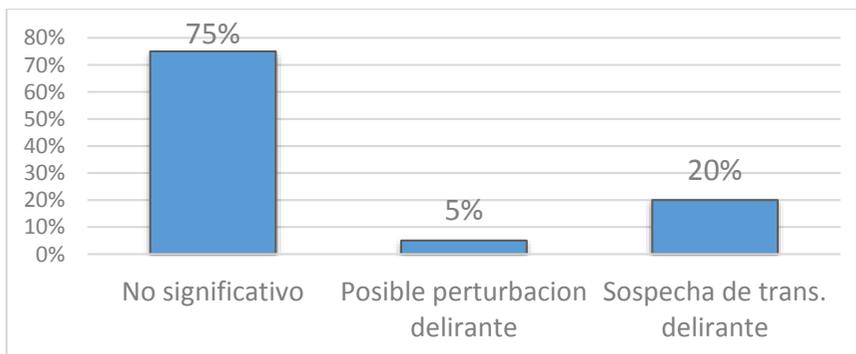


Figura 47. Trastorno delirante

4.5.23. Resumen comparativo de los patrones de personalidad

La tabla 8, resume ordenadamente de menor a mayor el puntaje promedio y variación obtenidos en el cuestionario de patrones de personalidad de Millon, como puede observarse los patrones de personalidad esquizotípico, esquizoide, somatización, ansiedad, psicótico, depresión mayor, distimia, fóbica, dependiente, masoquista, límite, dependencia al alcohol y agresiva, en ese orden de importancia, tienen puntajes promedios, mayores al punto de corte 74, el cual marca como significativo la presencia de ese patrón, además la tabla también provee información de la cantidad y su correspondiente porcentaje de mujeres participantes del estudio que tiene una valoración significativa del respectivo patrón. La figura 48 nos muestra de forma grafica la diferencia entre los distintos puntajes promedios obtenidos, los marcados con rojo, establecen que el patrón en cuestión es significativo.

Tabla 8. Resumen de puntajes obtenidos en los patrones de personalidad de Millón

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	Punt. >74	% Punt.
Narcisista	20	-6	112	40.5	44.611	5	25%
Histriónica	20	7	102	46.5	32.032	5	25%
Paranoide	20	2	107	53.7	38.254	6	30%
Compulsiva	20	12	113	55.1	28.915	3	15%
Hipomanía	20	6	106	57.0	37.304	10	50%
Sádica	20	-4	115	57.8	46.499	10	50%
Antisocial	20	9	110	61.9	34.492	7	35%
T. Delirante	20	7	104	62.7	26.188	5	25%
A. Drogas	20	6	108	68.9	34.658	12	60%
Agresiva	20	23	121	77.1	33.517	12	60%
A. Alcohol	20	39	113	85.8	24.159	16	80%
Límite	20	65	113	93.4	16.533	16	80%

Masoquista	20	77	106	96.4	8.536	20	100%
Dependiente	20	26	118	97.1	21.482	17	85%
Fóbica	20	78	107	97.6	7.397	20	100%
Distimia	20	69	115	101.9	12.169	19	95%
Depresión M.	20	71	115	102.3	11.938	19	95%
P. Psicótico	20	92	113	103.2	6.201	20	100%
Ansiedad	20	85	119	105.9	10.321	20	100%
Somatización	20	88	118	106.2	7.884	20	100%
Esquizoide	20	54	121	107.3	14.571	19	95%
Esquizotípica	20	101	125	114.3	7.332	20	100%
N válido (por 20 lista)							

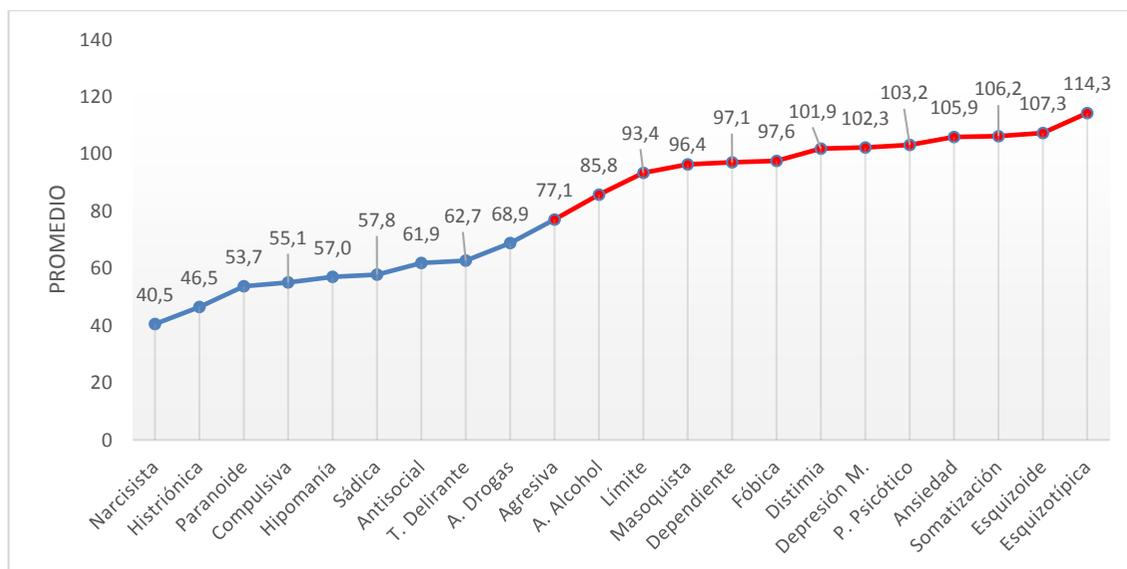


Figura 48. Comparativa de puntajes obtenidos en los patrones de personalidad de Millón

4.6. Análisis correlacional de las fases de violencia con patrones de personalidad

Para llevar a cabo la comprobación de la hipótesis de investigación de una posible asociación entre las fases de violencia y los patrones de personalidad, se empleó el estadístico paramétrico de correlación lineal de Pearson. Los resultados pueden ser observados en la tabla 9, donde las correlaciones más significativas son resaltadas en fondo plomo.

Tabla 9. Correlaciones de las fases de violencia con patrones de personalidad

			Fase de Violencia Agresion	Violencia	Fase de	
		tension	fisica	Psicologica	luna	de
					miel	de
Esquizoide	C. de	-0.069	0.184	0.295	0.300	0.030
	Pearson					
	Sig	0.387	0.219	0.103	0.099	0.450
Fóbica	C. de	-0.064	-0.086	0.097	0.271	-0.041
	Pearson					
	Sig	0.394	0.360	0.342	0.124	0.432
Dependiente	C. de	-0.086	0.115	0.377	0.345	0.164
	Pearson					
	Sig	0.359	0.315	0.050	0.068	0.245
Histriónica	C. de	0.148	0.163	0.106	-0.042	0.072
	Pearson					
	Sig	0.267	0.246	0.329	0.431	0.381
Narcisista	C. de	0.144	0.214	0.144	0.021	0.163
	Pearson					
	Sig	0.272	0.182	0.273	0.465	0.247
Antisocial	C. de	0.211	0.069	0.067	-0.047	0.162
	Pearson					
	Sig	0.186	0.387	0.389	0.422	0.248

Sádica	C. de	0.097	0.175	0.233	0.114	0.190
	Pearson					
Compulsiva	C. de	-0.261	-0.044	0.181	0.104	0.005
	Pearson					
Sig		0.343	0.231	0.162	0.317	0.211
Agresiva	C. de	0.127	0.292	0.345	0.156	0.290
	Pearson					
Sig		0.297	0.106	0.068	0.256	0.107
Masoquista	C. de	0.163	0.171	0.329	0.256	0.143
	Pearson					
Sig		0.246	0.235	0.078	0.138	0.274
Esquizotípica	C. de	-0.057	-0.029	0.215	0.215	-0.084
	Pearson					
Sig		0.405	0.451	0.182	0.181	0.362
Límite	C. de	0.176	0.186	0.227	0.101	0.117
	Pearson					
Sig		0.229	0.216	0.167	0.336	0.312
Paranoide	C. de	0.125	0.076	0.146	-0.006	0.211
	Pearson					
Sig		0.300	0.375	0.270	0.490	0.186
Ansiedad	C. de	0.168	.561**	.575**	.423*	0.267
	Pearson					
Sig		0.239	0.005	0.004	0.032	0.127
Somatización	C. de	0.129	.476*	.539**	0.352	0.282
	Pearson					
Sig		0.295	0.017	0.007	0.064	0.114
Hipomanía	C. de	0.091	0.206	0.241	0.054	0.172
	Pearson					

La fase de violencia física se correlaciona de forma moderadamente significativa y positiva con el patrón de personalidad de ansiedad ($R^2=0.56, N=20, p<0,05$), es decir a mayor violencia registrada en esta fase, mayor los rasgos de ansiedad en la personalidad. También se encontró correlación moderada, significativa y positiva de esta fase con el patrón de personalidad de somatización ($R^2=0.47, N=20, p<0,05$) y finalmente se registró la correlación significativa, moderada y positiva de esta fase con el patrón de personalidad de distimia ($R^2=0.44, N=20, p<0,05$), como puede apreciarse en la figura 49, a continuación.

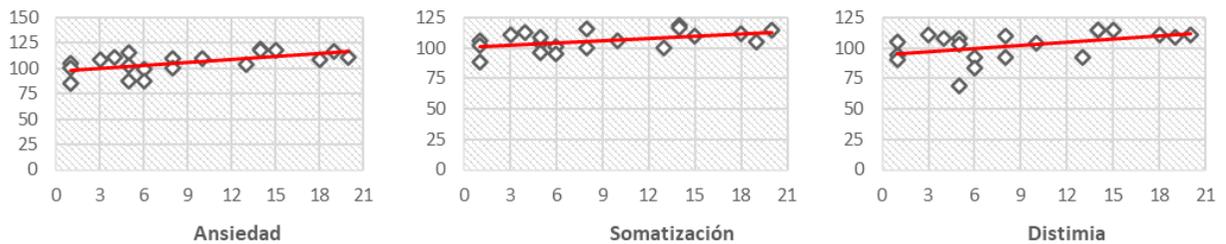


Figura 49. Dispersión fase de violencia física con patrones de personalidad

4.6.2. Correlación de la fase de agresión física con patrones de personalidad

La fase de agresión física, tras el análisis estadístico correlacional de Pearson, evidencio una correlación significativa con cinco de los patrones de personalidad, que a continuación son nombrados en orden de mayor a menor fuerza de correlación.

La fase de agresión física se correlaciona de forma moderadamente significativa y positiva con el patrón de personalidad de ansiedad ($R^2=0.57, N=20, p<0,05$), es decir a mayor violencia registrada en esta fase, mayor los rasgos de ansiedad en la personalidad. También se encontró correlación moderada, significativa y positiva de esta fase con los patrones de personalidad de somatización ($R^2=0.53, N=20, p<0,05$), distimia ($R^2=0.50, N=20, p<0,05$), depresión mayor ($R^2=0.44, N=20, p<0,05$) y con dependiente ($R^2=0.37, N=20, p<0,05$), como puede apreciarse en la figura 50, a continuación.

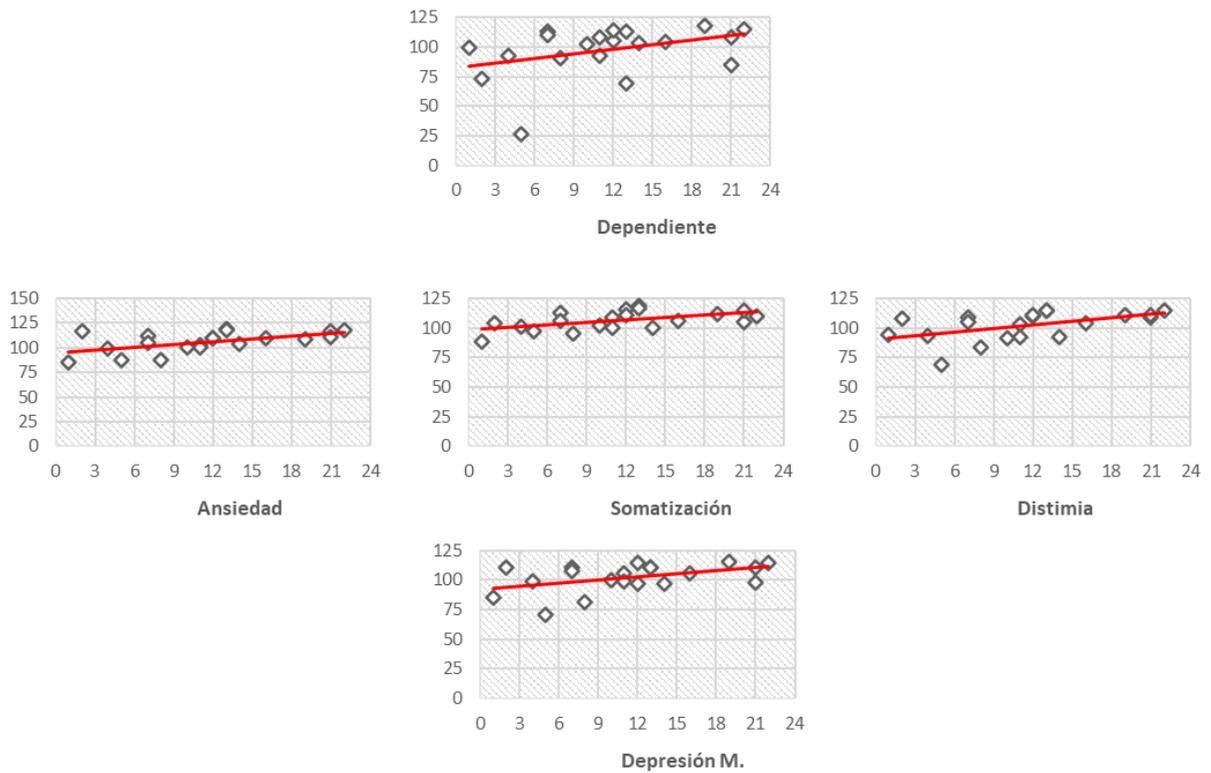


Figura 50. Dispersión fase de agresión física con patrones de personalidad

4.6.3. Correlación de la fase de violencia psicológica con patrones de personalidad

La fase de violencia psicológica, tras el análisis estadístico correlacional de Pearson, evidencio una correlación significativa con solo uno de los patrones de personalidad.

La fase de violencia psicológica se correlaciona de forma moderadamente significativa y positiva con el patrón de personalidad de ansiedad ($R^2=0.42, N=20, p<0,05$), es decir a mayor violencia registrada en esta fase, mayor los rasgos de ansiedad en la personalidad, como puede apreciarse en la figura 51, a continuación.

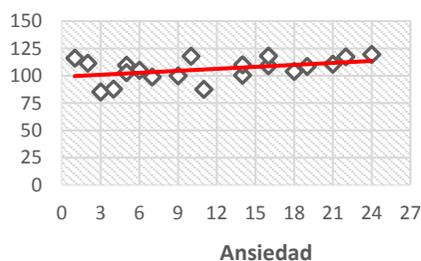


Figura 51. Dispersión fase de violencia psicológica con patrones de personalidad

4.7. Análisis correlacional de síntomas de estrés postraumático con patrones de personalidad

Para llevar a cabo la comprobación de la hipótesis de investigación de una posible asociación entre los distintos síntomas de estrés postraumático y los patrones de personalidad, se empleó el estadístico paramétrico de correlación lineal de Pearson. Los resultados pueden ser observados en la tabla 10, donde las correlaciones más significativas son resaltadas en fondo plomo.

Tabla 10. Correlaciones de síntomas de estrés postraumático con patrones de personalidad

		Reexperimentación	Evitación	Alteraciones cognitivas	Aumento	General	Síntomas disociativos	disociativos después de 6 meses	Disfuncionalidad en la vida cotidiana
Esquizoide	Pearson	0.345	0.260	-0.123	-	0.166	0.019	0.348	0.241
	Sig.	0.068	0.134	0.303	0.024	0.459	0.241	0.468	0.066
Fóbica	Pearson	0.313	.456*	-0.037	0.223	0.283	-0.116	0.203	0.295
	Sig.	0.089	0.022	0.439	0.172	0.113	0.313	0.195	0.103
Dependiente	Pearson	0.253	0.249	-0.166	0.172	0.150	-0.230	0.004	0.223
	Sig.	0.141	0.145	0.242	0.235	0.264	0.164	0.493	0.173

Histriónica	Pearson	-0.149	-0.370	-0.085	-	-	-0.044	0.222	-0.148
					0.034	0.210			
	Sig.	0.266	0.050	0.362	0.444	0.187	0.427	0.173	0.267
Narcisista	Pearson	-0.116	-.380*	-0.023	-	-	-0.011	0.127	-0.088
					0.069	0.188			
	Sig.	0.313	0.049	0.462	0.386	0.214	0.481	0.297	0.356
Antisocial	Pearson	-0.114	-.466*	-0.001	0.048	-	-0.054	0.361	-0.114
						0.160			
	Sig.	0.316	0.019	0.499	0.421	0.251	0.410	0.059	0.316
Sádica	Pearson	0.001	-0.268	0.076	-	-	-0.066	0.282	0.040
					0.058	0.072			
	Sig.	0.498	0.127	0.376	0.403	0.382	0.392	0.114	0.434
Compulsiva	Pearson	-0.079	0.086	-0.176	-	-	-.456*	0.056	0.061
					0.088	0.118			
	Sig.	0.370	0.359	0.228	0.357	0.310	0.022	0.408	0.400
Agresiva	Pearson	0.036	-.393*	0.095	-	-	-0.083	0.264	0.010
					0.092	0.094			
	Sig.	0.440	0.043	0.345	0.351	0.347	0.363	0.131	0.483
Masoquista	Pearson	0.171	-0.159	-0.004	-	-	-0.113	0.046	0.304
					0.165	0.013			
	Sig.	0.236	0.252	0.493	0.243	0.479	0.318	0.424	0.096
Esquizotípica	Pearson	0.338	.390*	-0.175	-	0.188	-0.011	0.062	0.280
					0.083				
	Sig.	0.072	0.045	0.230	0.364	0.214	0.481	0.398	0.116
Límite	Pearson	-0.077	-0.370	-0.140	-.403*	-	-0.086	0.132	0.047
						0.292			
	Sig.	0.373	0.050	0.278	0.039	0.106	0.359	0.290	0.422
Paranoide	Pearson	-0.204	-.496*	-0.052	-	-	-0.185	0.152	-0.067
					0.227	0.280			

	Sig.	0.195	0.013	0.414	0.168	0.116	0.217	0.261	0.390
Ansiedad	Pearson	.508*	-0.063	0.049	-	0.196	0.248	0.350	0.333
					0.199				
	Sig.	0.011	0.396	0.419	0.200	0.203	0.146	0.065	0.075
Somatización	Pearson	.449*	-0.094	0.101	-	0.213	0.048	0.047	0.315
					0.121				
	Sig.	0.024	0.347	0.336	0.305	0.183	0.420	0.422	0.088
Hipomanía	Pearson	-0.091	-0.350	-0.070	-	-	-0.096	0.202	-0.066
					0.119	0.200			
	Sig.	0.351	0.065	0.385	0.309	0.199	0.343	0.196	0.391
Distimia	Pearson	.385*	0.083	-0.139	-	0.103	0.061	0.190	0.237
					0.159				
	Sig.	0.047	0.364	0.279	0.251	0.333	0.400	0.211	0.157
A. Alcohol	Pearson	-0.071	-.386*	-0.023	0.010	-	-0.096	.390*	-0.165
						0.154			
	Sig.	0.383	0.046	0.462	0.484	0.259	0.344	0.045	0.244
A. Drogas	Pearson	-0.013	-.414*	-0.015	-	-	-0.169	0.256	-0.010
					0.108	0.166			
	Sig.	0.479	0.035	0.475	0.325	0.242	0.238	0.138	0.483
P. Psicótico	Pearson	0.239	0.053	-0.144	-	0.045	-0.256	0.105	0.125
					0.147				
	Sig.	0.155	0.412	0.273	0.268	0.426	0.138	0.330	0.300
Depresión	Pearson	.422*	0.048	-0.080	-	0.145	-0.011	0.351	0.286
M.					0.164				
	Sig.	0.032	0.421	0.369	0.244	0.271	0.482	0.065	0.111
T. Delirante	Pearson	-0.082	-.495*	-0.039	-	-	-0.275	0.026	0.083
					0.155	0.181			
	Sig.	0.365	0.013	0.435	0.257	0.223	0.120	0.456	0.363

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

4.7.1. Correlación de síntomas de reexperimentación con patrones de personalidad

Los síntomas de estrés postraumático de reexperimentación, tras el análisis estadístico correlacional de Pearson, evidencio una correlación significativa con cuatro de los patrones de personalidad, que a continuación son nombrados en orden de mayor a menor fuerza de correlación.

Los síntomas de estrés postraumático de reexperimentación de forma moderadamente significativa y positiva con el patrón de personalidad de ansiedad ($R^2=0.50,N=20,p<0,05$), es decir a mayor presencia de síntomas de reexperimentación , mayor los rasgos de ansiedad en la personalidad. También se encontró correlación moderada, significativa y positiva de esta fase con los patrones de personalidad de somatización ($R^2=0.44,N=20,p<0,05$) ,depresión mayor ($R^2=0.42,N=20,p<0,05$) y con distimia ($R^2=0.38,N=20,p<0,05$), como puede apreciarse en la figura 52, a continuación.

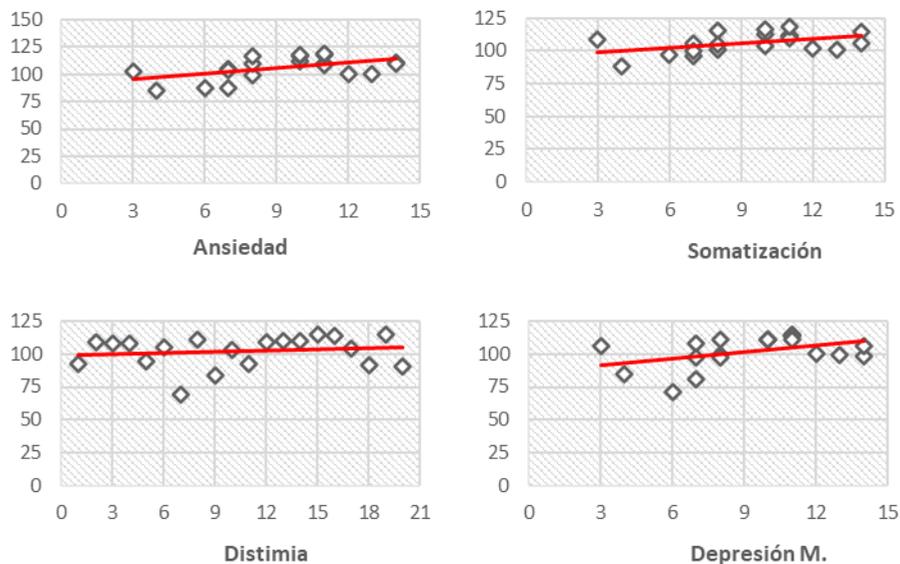


Figura 52. Dispersión de síntomas de reexperimentación con patrones de personalidad

4.7.2. Correlación de síntomas de evitación con patrones de personalidad

Los síntomas de estrés postraumático de evitación, tras el análisis estadístico correlacional de Pearson, evidencio una correlación significativa con once de los patrones de personalidad, que a continuación son nombrados en orden de mayor a menor fuerza de correlación.

Los síntomas de estrés postraumático de evitación correlaciona de forma moderadamente significativa y positiva con el patrón de personalidad de fóbica ($R^2=0.45, N=20, p<0,05$), es decir a mayor presencia de síntomas de evitación, mayor son los rasgos fóbicos en la personalidad. También se encontró correlación moderada, significativa y positiva de esta fase con los patrones de personalidad esquizotípica ($R^2=0.39, N=20, p<0,05$).

De otra forma, también se encontró correlación significativa pero inversa de los síntomas de estrés postraumático de evitación con el patrón de personalidad histriónico ($R^2=-0.37, N=20, p<0,05$), es decir a mayor presencia de síntomas de evitación, menor son los rasgos histriónicos en la personalidad. También se comprobó correlación negativa con los patrones de personalidad narcisista ($R^2=-0.38, N=20, p<0,05$), antisocial ($R^2=-0.46, N=20, p<0,05$), agresiva ($R^2=-0.39, N=20, p<0,05$), limite ($R^2=-0.37, N=20, p<0,05$), paranoide ($R^2=-0.49, N=20, p<0,05$), adicción al alcohol ($R^2=-0.38, N=20, p<0,05$), adicción a las drogas ($R^2=-0.41, N=20, p<0,05$) y finalmente con el trastorno delirante ($R^2=-0.49, N=20, p<0,05$), como puede observarse en la figura 53, a continuación.

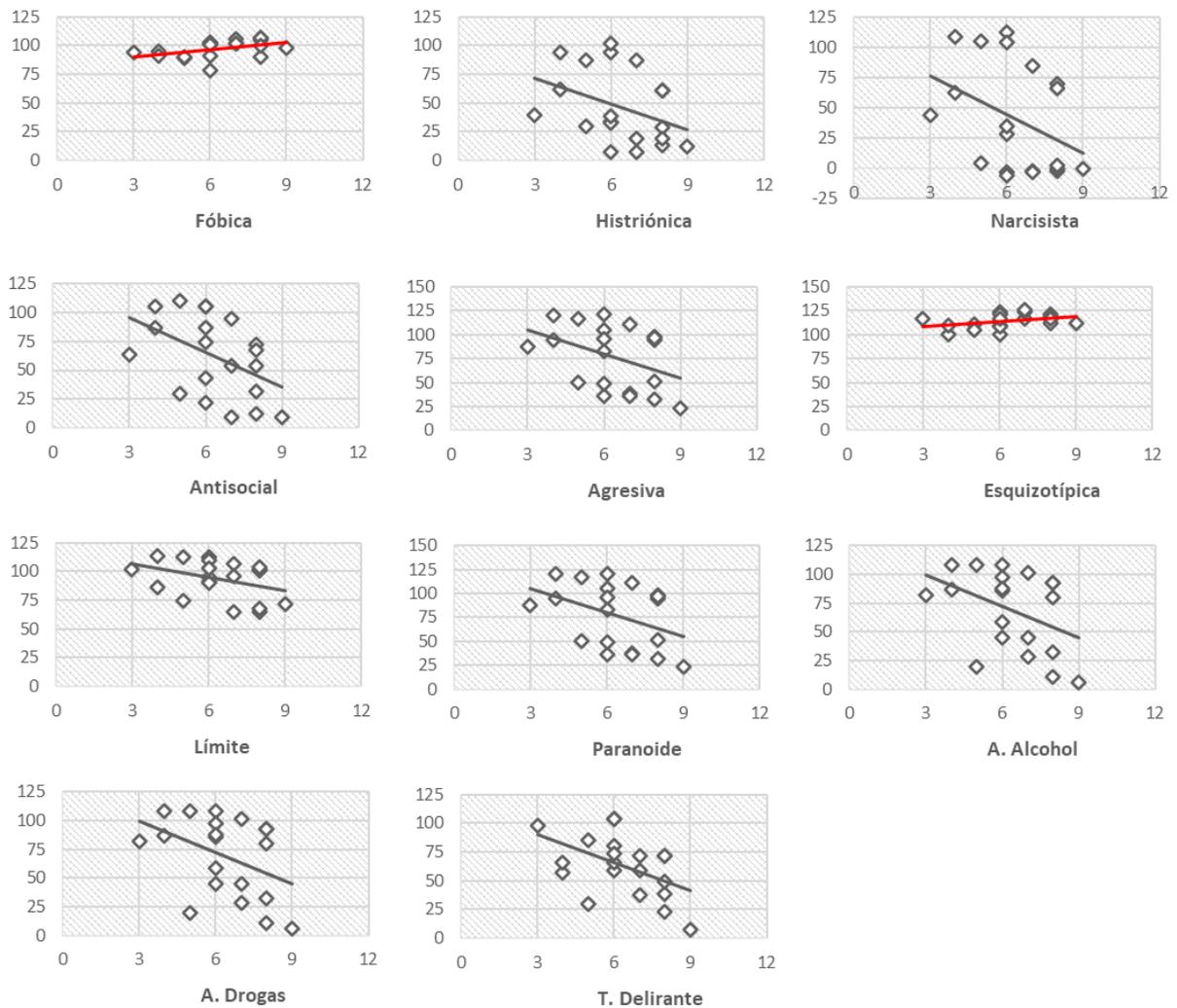


Figura 53. *Dispersión de síntomas de evitación con patrones de personalidad*

4.7.3. Correlación de síntomas de aumento con patrones de personalidad

Los síntomas de estrés postraumático de evitación, tras el análisis estadístico correlacional de Pearson, evidencio una correlación significativa con solo uno de los patrones de personalidad. Los síntomas de estrés postraumático de aumento se correlacionan de forma moderadamente significativa y negativa con el patrón de personalidad limite ($R^2=-0.40, N=20, p<0,05$), es decir a mayor presencia de síntomas de

aumento, menor son los rasgos de limite en la personalidad, como puede observarse en la figura 54, a continuación.

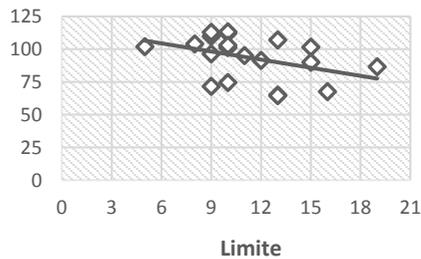


Figura 54. Dispersión de síntomas de aumento con patrones de personalidad

4.7.4. Correlación de síntomas disociativos con patrones de personalidad

Los síntomas disociativos, tras el análisis estadístico correlacional de Pearson, evidencio una correlación significativa con solo uno de los patrones de personalidad.

Los síntomas disociativos se correlacionan de forma moderadamente significativa y negativa con el patrón de personalidad compulsiva ($R^2=-0.45, N=20, p<0,05$), es decir a mayor presencia de síntomas de disociativos, menor son los rasgos de compulsión en la personalidad, como puede observarse en la figura 55, a continuación.

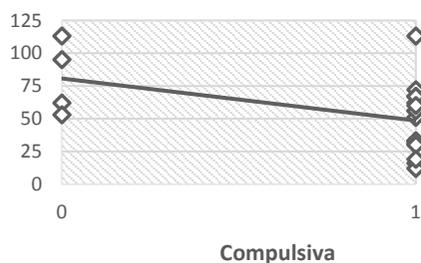


Figura 55. Dispersión de síntomas disociativos con patrones de personalidad

4.7.5. Correlación de síntomas disociativos después de 6 meses del suceso con patrones de personalidad

Finalmente los síntomas disociativos después de 6 meses del suceso, tras el análisis estadístico correlacional de Pearson, evidencio una correlación significativa con solo uno de los patrones de personalidad.

Los síntomas disociativos después de 6 meses del suceso se correlacionan de forma moderadamente significativa y positiva con el patrón de personalidad de adicción al alcohol ($R^2=-0.39, N=20, p<0,05$), es decir a mayor presencia de síntomas de disociativos después de 6 meses del suceso, mayor también serán son los rasgos de adicción al alcohol en la personalidad, como puede observarse en la figura 56, a continuación.

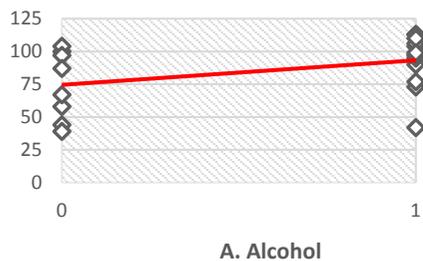


Figura 56. Dispersión de síntomas disociativos después de 6 meses del suceso con patrones de personalidad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El artículo 6 de la ley 348 Ley para Vivir una Vida Libre de Violencia indica *“Violencia. Constituye cualquier acción u omisión, abierta o encubierta, que cause la muerte, sufrimiento o daño físico, sexual o psicológico a una mujer u otra persona, le genere perjuicio en su patrimonio, en su economía, en su fuente laboral o en otro ámbito cualquiera, por el sólo hecho de ser mujer”*. En este caso evidenciamos que el 85 % de las mujeres sufren Violencia psicológica que antecedió a la física, en mayor e menor magnitud, es decir la violencia psicológica se presentó como las humillaciones, desvalorizaciones y micro machismos, como antecesor de la física que se refleja en jalones, empujones, golpes, hasta fracturas de miembros que requerían internación y atención de especialistas.

Por lo que el hecho que no denuncien basándose en las alteraciones cognitivas de minimización de los hechos y justificación de los hechos violentos por la culpa.

El hecho que no se denuncie tiene directa relación con el tiempo de exposición a la violencia, es decir hay una relación directa entre el tiempo de exposición y las alteraciones cognitivas que justifican los hechos violentos, llegando a minimizarlos, se evidencia que las mujeres que tienen mas años sufriendo la violencia desecharon la idea de cambio, sufren distimia y ansiedad como parte de su vida cotidiana.

En lo que respecta al apoyo familiar las mujeres refieren solicitar apoyo en los primeros años de la presencia de la violencia, el 55% recibió apoyo de padres, suegros o familiares cercanos, pero al pasar de los años ya no recibieron apoyo. El 45% nunca solicitó apoyo por que con la separación de la pareja llegaron a creer que se acabarían los hechos de violencia.

En cuanto a las fases de la violencia: en la fase de violencia física el 45% presentan un grado significativo lo cual implica que sufrieron episodios violentos por menos años y

20 % fase muy significativo que pertenece a las mujeres que viven con el agresor por mayores años, las agresiones físicas van en grado de jalones, empujones, puñetes hasta llegar a la hospitalización por fracturas en los huesos del cuerpo y daños en los órganos y otros.

En la fase de la luna de miel ninguna de las mujeres en esta fase, es decir ninguna estaba siendo enamorada para la reconciliación y en los ítems específicos del Cuestionario de la Evaluación del tipo y fase de la Violencia de Genero (Jarra y Romero), donde se indica que si seguía enamorada de su pareja, todas indican que no .

En cuanto a las secuelas de Estrés post traumático las secuelas de reexperimentación tienen un grado significativo en mas del 50% y en un 15% muy significativa lo que nos lleva a pensar que las secuelas de estrés se activan en estas mujeres.

La presencia de alteraciones cognitivas y los síntomas disociativos se ven reflejadas en las justificaciones y culpa en los hechos de violencia, que está vinculada a distorsiones, valores, creencias y sesgos tradicionales. Arias, F., 2015, citado en Soletto, M. H., 2015

Las alteraciones en la vida cotidiana son el reflejo de los síntomas disociativos, estas alteraciones son las conductas de sobresaltos, miedos y reacciones desmedidas a hechos cotidianos, como por ejemplo reacción ante los una tarea incompleta de los hijos ,y de acuerdo al estado de ánimo reaccionaba con golpes hacia sus hijos o con negligencia y otros.

En general el 60% de las mujeres presenta estrés post traumático en un nivel significativo que nos indica que la exposición a la violencia causa malestares y un 30% es muy significativo lo cual nos lleva a pensar que el estrés se volvió crónico referente al hecho de violencia.

El 10% no desarrollo estrés post traumático, que refleja la capacidad resiliente de las mujeres y que se encuentran alejadas de sus agresores.

En los factores psicosociales podemos notar que las edades y el tiempo de exposición a la violencia tiene relación con los patrones de personalidad, es decir a mayor exposición mayor es la presencia de los síntomas de estos patrones.

Las mujeres han integrado y naturalizado los dos tipos de violencia y las fases de la violencia a mayor exposición mayor justificación de la misma, una mitad de las mujeres es separada alejada del agresor, este porcentaje pertenece a las mujeres menores de 40 años, quienes fueron abandonadas por el agresor o decidieron separarse voluntariamente.

De acuerdo con los datos podemos evidenciar que el 100% de las mujeres se encuentran en el Síndromes Clínicos Moderados de la Personalidad que son ansiedad que según Millón de sentimientos aprensivos o específicamente fóbicos, son tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas, reflejada en una conducta de indecisión tensa y con malestares, no se pueden relajar sienten dolores de cabeza, malestares estomacales, ante cualquier evento reaccionan de forma desmesurada e hipersensible.

Por ello el 100% presentan Síndrome Clínico Moderado de la Escala H, Histeriforme (Tipo somatoforme) las cuales ante las reacciones desproporcionadas, las madres presentan dolores no específicos, sin justificación ,como dice Millón se ponen a ellas mismas como victimas para llamar la atención , utilizando las actividades diarias como parte dramática, por ejemplo no vino temprano porque me ayudo a me dolía todo el cuerpo, así me siento mal etc.

Por tanto en la Escala D Neurosis depresiva (distimia), como indica Millón: Presentan una alegría superficial, elevada. en la vida cotidiana del paciente, se ah visto afectado por un periodo de dos o más años con sentimientos desanimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios auto-desvalorativos.

En cuanto a los Síndromes Clínicos Severos de la personalidad podemos evidenciar que en la escala SS: pensamiento Psicotico el 100% delas madres presento las características

descritas por Millón más que todo el pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados, por lo que se sienten más solas y abatidas por la situación de violencia.

En cuanto a la Escala CC Depresión Mayor el 95 % de las madres que describe por Millón que indica que expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación, muestran una cualidad agitada paseando continuamente o lamentando su estado triste, lo que refleja la conducta inestable de las madres.

En cuanto a la Patología Moderada de la Personalidad las madres presentan la Escala 2 Fóbica (evitativa) que según Millon :Experimentan pocos refuerzos positivos, tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida, o el reforzamiento de experiencias negativas. Estas características unidas a la fase de tensión del ciclo de la violencia presenta pequeños episodios de la escala 1 Esquizoide donde hay carencia de deseo, incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticas, indiferentes, distantes y asociales, por lo cual es evidente en el comportamiento de las madres.

Podemos evidenciar que las madres al 100% presentan la Escala 8B Autodestructiva (masoquista) que como Millón menciona: se relaciona con los demás de una manera auto-sacrificada, permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Para integrar su dolor y angustia, los estados que se experimentan son reconfortantes, por lo que podemos evidenciar los discursos de justificación como por decir, sigo con el “AGRESOR” por mis hijos, tengo mucho que perder si me separo, y otros, manteniendo así su conducta autodestructiva.

En la Patología Severa de la Personalidad podemos ver que el 100% presentan la Escala S Esquizotípica que según Millón presentan aislamiento social son cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos, esto evidenciados en el periodo post hecho de violencia cuando las ideas de poner fin a estas agresiones se ven descartadas, por que aparece la fase de calma, donde las mujeres ya no desean tocar el asunto de la violencia hasta su

siguiente explosión.

5.2 RECOMENDACIONES

La naturaleza polifacética de la violencia exige el compromiso de los gobiernos y las partes interesadas

a todos los niveles de la toma de decisiones: local, nacional e internacional.

Las recomendaciones siguientes reflejan esta necesidad de estrategias multisectoriales y en colaboración.

1. El plan nacional de acción para prevenir la violencia

Ejecutar el plan diseñado a nivel Nacional, que nos enmarca en las prevención y acciones ante la violencia, el cual no se cumple a cabalidad, ya que no integra coordinaciones con Organizaciones territoriales de base que trabajan en la Prevención de las violencias.

El plan debería arbitrar mecanismos de coordinación a nivel local, nacional e internacional para permitir la colaboración entre sectores que podrían contribuir a prevenir la violencia, como el jurídico penal, el educativo, el laboral, el sanitario y el de bienestar social.

2. Incrementar la capacidad de recolectar datos sobre la violencia

En este sentido debemos sensibilizar a las autoridades, y entes ejecutoras de la prevención y sanción: como por ejemplo que se reciban denuncias de violencia psicológica y no solo la física. Darle la misma importancia a la violencia física que a la de violencia psicológica, lo cual implica un proceso claro de actuación.

Las actuaciones ante las denuncias deben tener información explícita del tipo y fase de la violencia, lo cual llevara a una acción oportuna de atención y posteriormente sanción.

La recolección de datos es importante a todos los niveles, pero es a nivel local donde se determinarán su calidad y su grado de compleción.

Deben diseñarse sistemas cuya aplicación resulte sencilla y eficaz con relación al costo, adaptados al nivel de pericia del personal que vaya a utilizarlos y acordes con las normas nacionales.

Además, deberían existir procedimientos para que las autoridades correspondientes (como las responsables de la salud, la justicia penal y las políticas sociales) y las partes interesadas compartieran los datos, así como capacidad para llevar a cabo análisis comparativos.

3. Definir las prioridades y apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costos y la prevención de la violencia

Las investigaciones sobre la violencia son variadas, pero una prioridad fundamental es comprender mejor el problema en distintos contextos culturales, para poder elaborar las respuestas adecuadas y evaluarlas, adecuarlas a un contexto pertinente.

A nivel nacional, puede impulsarse la investigación mediante políticas gubernamentales, la participación directa de las instituciones y la financiación a instituciones universitarias e investigadores independientes.

4. Promover respuestas de prevención primaria

La prevención primaria está basada en las raíces sociales, que llevan a ejercer violencia de género hacia las mujeres.

El hecho de comprender que la violencia física y psicológica son igual de importantes y que causan efectos a corto y largo plazo, por ello las mismas tienen diferentes síntomas

- En las Normativas de Atención prenatal y perinatal para las madres, deben incluir cursos y otros, que las informe y sensibilice, para identificar si es que estuvieran sufriendo las primeras etapas de violencia lo cual llevaría a la prevención de la continuación de violencia por años, ya que se desmitificaría el hecho de estar soportando la violencia por los hijos.
- Fortalecer programas de enriquecimiento preescolar y desarrollo social para niños y adolescentes; es decir educar desde la edad temprana acerca de la equidad de género y formas de desmitificar el rol de la mujer en la sociedad, y fortalecer la idea de la igualdad, así que la violencia se vea menos en los contextos de desarrollo de los actores.

- Campañas en los medios de comunicación para modificar las actitudes, los comportamientos y las normas sociales.
- Las dos primeras intervenciones son importantes para reducir el maltrato y el abandono de menores, así como la violencia perpetrada durante la adolescencia y la edad adulta.
- El identificar los factores que intervienen en la violencia de género, así como los lugares en los que se producen actos violentos con frecuencia, analizar los factores que convierten a un lugar determinado en peligroso y modificar o eliminar dichos factores.

5. Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia

Aunque parezca una misión imposible, los actores y ejecutores de los Sistemas de Prevención, ejecución y sanción hacia la violencia sería dispensar una asistencia de alta calidad a las víctimas de todos los tipos de violencia, así como los servicios de rehabilitación y apoyo necesarios para prevenir ulteriores complicaciones.

Las prioridades son, entre otras:

- Mejorar los sistemas de respuesta urgente y la capacidad de rehabilitar a las víctimas.
- Reconocer los signos de incidentes violentos o de situaciones de violencia continua, y enviar a las víctimas a los organismos adecuados para ofrecerles seguimiento y apoyo.
- Garantizar que los servicios de salud, judiciales, policiales y sociales eviten la «revictimización» de las víctimas y disuadan eficazmente a los autores de actos violentos de reincidir.
- Sensibilizar e informar a las víctimas acerca del riesgo de sufrir nuevos actos violentos, y prevenir las censuras por parte de la familia o la comunidad, u otras consecuencias negativas.

6. Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas, y promover así la igualdad social y entre los sexos

La violencia de género, guarda relación con las desigualdades sociales y entre los sexos, que elevan el riesgo de grandes sectores de la población.

Por lo que se deberían realizar:

- Campañas de sensibilización pública, y continua hacia los diferentes sectores, es decir diferentes campañas para diferentes poblaciones según edad, sexo y región, pero con un mismo propósito, la prevención.
- Formación y supervisión de la policía y los funcionarios públicos.

7. Incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia

Hablamos de compartir los conocimientos sistematizados de la efectividad en la prevención de la violencia, dando así el valor e importancia a la labor que realizan grupos de defensa de derechos, organizaciones que trabajan con mujeres y organizaciones no gubernamentales, como los preocupados por la violencia contra las mujeres. Debería apoyarse la contribución de los expertos que trabajan en los distintos subtipos de violencia mediante la creación de plataformas que facilitaran el intercambio de información, las investigaciones conjuntas y las acciones de sensibilización.

8. Promover y supervisar el cumplimiento de la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos

Hablamos de la aplicación de las sanciones de las leyes, es especial la ley 348 Ley para Garantizar una vida libre de Violencia que tiene relación directa con la violencia y su prevención. Hablamos de la sensibilización en las consecuencias de la Violencia, pero también en la prevención, en diferentes contextos.

Esto va desde la prevención primaria, hasta la sanción de acuerdo a la norma, siendo que se debe priorizar la víctima y no el proceso de sanción, es decir mayor efectividad y eficacia en la aplicación de la ley, sin desmerecer el papel de la víctima en su fase de acompañamiento psicológico y resiliencia.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- ÁGREDA, M. R. (2009). La psicología jurídica en Bolivia. Cochabamba, Bolivia: Grupo Editorial Kipus.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2015). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. España y Latinoamérica: Editorial Panamericana.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2014). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-55ta ed. España y Latinoamérica: Editorial Panamericana.
- BERUMEN, P. (2003). (2003). Violencia Intrafamiliar. Un drama cotidiano. México. Editorial Vila Editores.
- CANTÓN, J. C. (2013). Violencia doméstica, adaptación psicológica: de la divorcio disarmonía familiar al desarrollo de los hijos. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- CASIQUE C. L.,ANTONIA R. F. F. (2007). Violencia perpetrada por compañeros íntimos de mujeres. (Tesis de grado). Guanajuato, México: Universidad de Guanajuato. México.
- CORSI J. (2003). Maltrato y Abuso en el ámbito Doméstico. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- DELGADO C.A.F. (2016). Trastorno de personalidad Antisocial en oficiales de Crédito de las Entidades Financieras Banco Bisa.(Tesis de Grado). La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés , Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E. (1998). Personalidades violentas. Madrid, España: Ediciones Pirámide, S. A.
- ECHEBURÚA E.,PAZ CABRAL (2005). Manual de Violencia Familiar. 3ra ed. España; España: Editorial Siglo XXI

- ESPEJO C.Z.P. (2018). Representación social de la Violencia de género en mujeres del centro Virgen de Copacabana de la zona norte de la ciudad de la paz.(Tesis de Grado). La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- GARCIA L.E. (2019). Psicopatología de la Violencia Repercusiones Forenses. México, México. Editorial Manual Moderno S.A.
- GONZALES R.Y. (2019). Representaciones sociales de violencia física y psicológica en mujeres acogidas en el albergue Municipal de la calle Chuquisaca de la ciudad de La Paz. .(Tesis de Grado). La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- HERNÁNDEZ, S. R., FERNÁNDEZ, C. C. y BAPTISTA L. P. (1991). Metodología de la investigación. 6ta ed. México: México: McGraw – Hill.
- HIRIGOYEN. (2006). Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja. Barcelona: España: Editorial Paidós.
- JARRA P., ROMERO A., (2010). Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género. Valencia: España: Universitat Jaume
- LEY N° 348. (2013). Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia. La Paz, Bolivia: Gaceta Oficial de Bolivia.
- MILLON, T., GROSSMAN, S., MILLON, C., MEAGHER, S. y RAMNATH, R. (2006). Trastornos de personalidad en la vida moderna. 3da ed. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Suiza: Revista School of Higiene.
- MURUETA R.M.E. y OROZCO G.M. (2015). Psicología de la Violencia causas, prevención y afrontamiento.D.F.Mexico, Mexico:2da ed.Editorial Manual Moderno.

- ROMERO C.M.V. (2017). Violencia de Género: Tipo, Fase y Factores asociados en distritos de Túcumán y José Leonardo Ortiz del departamento de Lambayeque.(Tesis de Grado). Chiclayo, Perú: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina.
- SOLETO, M. H. (2015). Violencia de género tratamiento y prevención. Madrid, España: Editorial Dykinson.
- URRÁ, J.(2002). Tratado de psicología forense. Madrid, España: España Editores, S. A.
- VALDEZ, S. R. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres. México, México: Revistas Biomédicas Latinoamericanas.
- VÁSQUEZ S.A.K. (2018). Violencia Intrafamiliar en Mujeres pertenecientes al programa de Prospera en Sultepec, México. (Tesis de Grado). Tejupilco México Universidad autónoma del Estado de México Unidad Académica Profesional Tejupilco.
- VINAGRE G.A.(2019).Violencia social encubierta hacia la mujer y su repercusión en la salud. Madrid España.(Tesis Doctoral) Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.

ANEXOS

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)**

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº:	Fecha:	sexo:	edad:
estado civil:	profesión:	situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	exposición directa
<input type="checkbox"/>	testigo directo
<input type="checkbox"/>	otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	episodio único
<input type="checkbox"/>	episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____(meses) / _____(años)

¿Ocurre actualmente? No sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio):
(meses)(años).....

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No sí (especificar):

Tipo de tratamiento		Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/>	psicológico	___ (meses) / ___(años)	___ No ___ sí
<input type="checkbox"/>	Farmacológico	___ (meses) / ___(años)	___ No ___ sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No sí

Revictimización a otro suceso traumático: No sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3

12. ¿experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
1. ¿al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
---	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático

<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TIPO Y FASE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (EETFGV)
Jara and Romero, 2010

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre la violencia de género. Responda, marcando con una cruz, según el grado en que se sienta identificada con cada frase. Tenga en cuenta la siguiente escala de importancia:

0	1	2	3	4
<i>Nada/Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>

Por favor, responda a todos los ítems marcando el número que considere que mejor refleje su experiencia.

		Nunca/ Nada	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
....1	Considero violencia el hecho de que me empujen aunque no caiga	0	1	2	3	4
2	Considero violencia el hecho de que me empujen si me caigo	0	1	2	3	4
3	Sólo es violencia cuando te golpean a menudo	0	1	2	3	4
4	Quien te quiere no puede pegarte	0	1	2	3	4
5	Me siento inútil cuando me golpean	0	1	2	3	4
6	Me parece normal que mi pareja me pegue si no le hago caso	0	1	2	3	4
7	Me pega sin motivo aparente	0	1	2	3	4
8	Antes de vivir conmigo, yo sabía que mi pareja había pegado a sus parejas anteriores	0	1	2	3	4
9	He tenido relaciones sexuales con mi pareja por la fuerza.	0	1	2	3	4
10	Accedo a tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar los malos tratos	0	1	2	3	4
11	Tengo relaciones sexuales con mi pareja por miedo	0	1	2	3	4
12	Considero que hay malos tratos aunque no me ponga la mano encima	0	1	2	3	4
13	Él decide por mí	0	1	2	3	4
14	Ha conseguido aislarme de mis amigos	0	1	2	3	4
15	Ha intentado aislarme de mi familia	0	1	2	3	4
16	Me siento culpable de lo que pasa	0	1	2	3	4
17	Me insulta en cualquier lugar	0	1	2	3	4
18	Trato de ocultar los motivos de mis "moratones"	0	1	2	3	4
19	Siempre estoy en alerta	0	1	2	3	4
20	Lo he denunciado	0	1	2	3	4
21	Me asustan sus miradas	0	1	2	3	4
22	Me siento sola	0	1	2	3	4
23	Puedo estudiar /trabajar fuera de casa	0	1	2	3	4
24	Me impide ver a mi familia	0	1	2	3	4
25	Vigila mis actos	0	1	2	3	4
26	Creo que sigo "engachada" a mi marido	0	1	2	3	4
27	El arrepentimiento de mi marido me hace sentirme culpable	0	1	2	3	4
28	Me gusta cuidar mi aspecto	0	1	2	3	4

A continuación se presentan una serie de creencias sobre la violencia de género. Indique, marcando con una cruz, su grado de acuerdo en relación con las frases que le mostramos. Tenga en cuenta la siguiente escala de importancia:

<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Algo de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>

Por favor, responda a todos los ítems marcando el número que considere que mejor refleja lo que usted cree.

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
29	Yo creo que la mujer tiene que obedecer	0	1	2	3	4
30	Yo creo que las mujeres somos iguales que los hombres	0	1	2	3	4
31	Yo creo que las mujeres no llaman a la policía porque protegen a sus maridos	0	1	2	3	4
32	Yo creo que lo que ocurre en la familia es privado	0	1	2	3	4
33	Yo creo que las bofetadas son a veces necesarias	0	1	2	3	4
34	Yo creo que la mayoría de los maltratadores son personas fracasadas	0	1	2	3	4
35	Yo creo que cuando te casas es para lo bueno y para lo malo	0	1	2	3	4
36	Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario	0	1	2	3	4
37	Yo creo que un/a hijo/a sin padre se desarrolla completamente	0	1	2	3	4
38	Yo creo que hay que aguantar el maltrato por los hijo/as	0	1	2	3	4
39	Yo creo que mi marido no puede vivir sin mi	0	1	2	3	4
40	Yo creo que no lo abandono porque lo quiero	0	1	2	3	4
41	Yo creo que no lo abandono porque me da pena aunque me pegue	0	1	2	3	4
42	Yo creo que la esposa tiene que aguantar lo que sea por el matrimonio	0	1	2	3	4

Por favor, indique, de forma voluntaria, sus características de:

Edad: _____ Número de hijos: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Estado civil: _____ Lugar de residencia: _____

Nivel socioeconómico:

<i>bajo</i>	<i>medio bajo</i>	<i>medio</i>	<i>medio alto</i>	<i>alto</i>
-------------	-------------------	--------------	-------------------	-------------

Nivel cultural:

<i>no sabe leer ni escribir</i>	<i>lee y escribe</i>	<i>estudios primarios</i>	<i>estudios secundarios</i>	<i>formación profesional</i>	<i>estudios universitarios</i>
---------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

Situación laboral: _____

Tipo de maltrato:

<i>Psicológico</i>	<i>Físico</i>
--------------------	---------------

Aproximadamente, cuánto tiempo lleva padeciendo malos ratos _____

Cuántas veces ha denunciado los malos tratos _____

Tiene apoyo social:

<i>Nada/Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
-------------------	----------------------	---------------------	----------------

Tiene apoyo familiar:

<i>Nada/Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
-------------------	----------------------	---------------------	----------------

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN