



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TESIS

LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN LA
SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA EN MUJERES QUE
ACUDEN A LOS JUZGADOS DE FAMILIA DE LA CORTE
SUPERIOR DE JUSTICIA DE TACNA, EN EL AÑO 2016

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

Bach. KAROL DANERY GARCÍA VALDIVIA

Tacna - Perú

2016

DEDICATORIA

A mi hija Ariana por ser la fuente de mis desvelos y alegrías, por ser el motivo de superación y perseverancia en esta vida. A mi hermana Elizabeth por su apoyo incondicional y sus sabios consejos.

Karol

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis docentes por su paciencia, tiempo, apoyo constante, por sus enseñanzas durante estos cinco años de trayectoria.

A mis amigos de aula: Lourdes, Tizziana, Luis Gustavo, Virginia, Yenny, por cada uno de los momentos de aprendizaje que compartimos juntos.

Karol

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Índice	4
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Delimitación de la investigación	14
1.2.1. Delimitación temporal	14
1.2.2. Delimitación geográfica	14
1.2.3. Delimitación social	14
1.3. Formulación del problema	14
1.3.1. Problema principal	14
1.3.2. Problemas secundarios	14
1.4. Objetivos de la investigación	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
1.5. Hipótesis de la investigación	16
1.5.1. Hipótesis general	16
1.5.2. Hipótesis secundarias	16
1.6. Justificación de la investigación	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas	31
2.3. Definición de términos básicos	50
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	52
3.1. Tipo de investigación	52
3.2. Diseño de la investigación	52
3.3. Población y muestra de estudio	52
3.3.1. Población	52
3.3.2. Muestra	53
3.4. Variables, dimensiones e indicadores	56
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
3.5.1. Técnicas	57
3.5.2. Instrumentos	57
3.6. Procedimientos	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	61
4.1. Resultados	61
4.1.1. Violencia familiar	61
4.1.2. Rasgos psicopatológicos en víctimas de violencia conyugal	63
4.1.3. Pruebas de hipótesis	72
Conclusiones	94
Recomendaciones	96
Referencias	98
Anexos	104
Instrumentos	105
Matriz de consistencia	111

RESUMEN

Se realizó una investigación para determinar el nivel de relación entre la violencia intrafamiliar y la sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT. Por ello, se llevó a cabo una investigación de tipo básica o pura. El diseño fue descriptivo, correlacional y transversal. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Se tomó una muestra de 102 mujeres víctimas que acudieron a las oficinas del equipo multidisciplinario de la CSJT entre los meses de enero, febrero y marzo del presente año. Se aplicaron dos instrumentos: la encuesta de violencia intrafamiliar-conyugal y el cuestionario de autoinforme (SCL-45) y que determina niveles de los siguientes rasgos (síntomas) psicopatológicos: hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica ideación paranoide y psicoticismo. Los resultados permitieron comprobar que la depresión, obsesión compulsión y sensibilidad están correlacionados significativamente con los niveles de violencia intrafamiliar. Asimismo, se comprobó que el 79.4% de la muestra se ubicó en el nivel extremo de violencia intrafamiliar (abuso peligroso). Por otro lado, la violencia psicológica (39.6%) es el tipo de violencia intrafamiliar (conyugal) más frecuente en mujeres víctimas que acuden a la CSJT. Por otra parte, se comprobó que el 21.2% de la muestra experimentan síntomas psicopatológicos y finalmente, los rasgos o síndromes psicopatológicos que con mayor frecuencia es experimentado por las mujeres víctimas son: ideación paranoide (50%); obsesión-compulsión (48%) y ansiedad fóbica (47%).

Palabras clave: Síntomas psicopatológicos, violencia conyugal, ansiedad, depresión, sensibilidad, hostilidad.

ABSTRACT

An investigation was conducted to determine the level of relationship between domestic violence and psychopathological symptoms in women attending family courts of CSJT. Therefore it carried out an investigation of basic or pure type. The design was descriptive, correlational and cross. The sampling was non-probabilistic for convenience. a sample of 102 women victims who went to the offices of the multidisciplinary team CSJT between the months of January, February and March this year was taken. Two instruments were used: the survey of family-spousal violence and self-report questionnaire (SCL-45) and determines levels of the following features (symptoms) psychopathological: hostility, somatization, depression, obsessive-compulsive, anxiety, interpersonal sensitivity, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. The results allowed to verify that depression, obsession compulsion and sensitivity are correlated significantly with levels of domestic violence. It was also found that 79.4% of the sample was at the extreme level of domestic violence (dangerous abuse). On the other hand, psychological violence (39.6%) is the type of family violence (spousal) more common in women victims who come to the CSJT. Moreover, it was found that 21.2% of the sample and finally experience psychopathological symptoms, psychopathological traits or syndromes that most often is experienced by women victims are paranoid ideation (50%); obsession-compulsion (48%) and phobic anxiety (47%).

Keywords: psychopathological symptoms, spousal abuse, anxiety, depression, sensitivity, hostility.

INTRODUCCIÓN

Un estudio sobre violencia familiar y sus impactos en el desarrollo en la personalidad de las víctimas, puede resultar un tanto previsible y sin la novedad que otros temas de investigación pueden tener. Sin embargo, las estadísticas preocupantes sobre violencia familiar a nivel nacional y regional obligan a todo aquel profesional de la psicología con sensibilidad social a interesarse en estudiar desde otros ángulos un tema fundamental para nuestras sociedades.

Aun cuando ya se ha investigado la violencia familiar desde las perspectivas jurídicas, psicológicas, sociológicas y hasta filosóficas, la violencia en contra de los miembros de una familia (especialmente en la mujer) sigue despertando curiosidad e interés científico debido a su complejidad y a los grandes impactos que puede tener en el desarrollo de los integrantes más pequeños y vulnerables de la familia.

Lo que interesa fundamentalmente a quienes se dedican a profundidad en el estudio de la violencia, no es su historia ni su evolución, sino sus dinámicas y sus efectos en quienes lo padecen. En efecto, todas las formas de violencia que se conocen: desde la social, política, criminal, económica y familiar, se estudian no por su evolución histórica, sino por sus manifestaciones y sus efectos en quienes la sufren. En el caso de la violencia familiar es importante conocer sus dinámicas; es decir, el proceso como la violencia va tomando forma, desde sus primeras señales hostiles hasta su desencadenamiento con toda su crudeza y

destrucción. Asimismo, respecto de la violencia familiar, también importan los efectos o consecuencias que producen en sus víctimas directas y que, generalmente, son las mujeres (esposas, conyugues, madres e hijas).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Tacna ocupa el noveno lugar (de 24 regiones) en el porcentaje de denuncias sobre violencia familiar, también llamada violencia intrafamiliar o violencia doméstica. El primer lugar lo ocupa Lima, y después de Lima, las regiones Junín, La Libertad e Ica son las que registraron más denuncias ante el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) por violencia familiar (Diario CORREO, 2015).

Las cifras al respecto son engañosas, puesto que no todas las víctimas formulan sus respectivas denuncias ante las autoridades correspondientes. Son muchas las razones para el ocultamiento de la violencia intrafamiliar. Sin embargo, el hecho de ocupar los primeros lugares de ciudades peruanas por violencia familiar puede implicar que cada vez más son las víctimas que se atreven a denunciar.

La violencia familiar, afecta todo el sistema familiar, aunque sea la esposa o el esposo las víctimas directas de las agresiones, tanto verbales como físicas. Los niños y niñas pueden ser víctimas directas e indirectas de la violencia doméstica. La violencia familiar “contamina” todo el ambiente familiar, por lo que

es inútil afirmar que sólo los cónyuges involucrados en los hechos de violencia son los directamente implicados.

Es importante destacar que la violencia familiar va en aumento en el Perú. La falta de dinero y de trabajo trae como consecuencia, -además de no poder cubrir las necesidades básicas-, la inaccesibilidad a un mejor nivel educativo y cultural, por cuanto, no permite que las personas reciban una buena y adecuada formación integral, careciendo por tanto de valores, autocontrol emocional y tolerancia a la frustración, lo cual hace que las personas incidan en actitudes violentas. En efecto, la escasez de trabajo y oportunidades de superación, la falta de educación que sufre nuestra sociedad, así como la imposibilidad de obtener estudios superiores, generan malestar en las personas y hacen que éstas adopten una actitud negativa, se vuelcan a las calles a delinquir, adquieren malos hábitos, y descargan su violencia en su entorno social y familiar, siendo muchas veces los hijos, los más afectados, ya que desde pequeños aprenden a vivir en esos ambientes hostiles y crecen pensando que esas reacciones son normales, y cuando asumen la dirección de su propio hogar actúan de similar manera creando una reacción en cadena de nunca acabar.

La violencia ya sea física o psicológica, tiene altos índices en sectores de bajo nivel económico y social, en casi todas las regiones de nuestra patria, donde escasean los alimentos, donde hay carencia de trabajo, donde las personas viven tugurizadas o en ambientes inapropiados, lo que influye negativamente en su desarrollo social. De otro lado, también es factor negativo el ambiente social que

los rodea, el mismo que muchas veces no es el mejor ni el más recomendable, por cuanto desde niños aprenden a vivir con situaciones violentas y en lugares donde abunda la delincuencia, la drogadicción, el alcoholismo, etc. que de por sí, ya son problemas sociales que tornan aún más violentas a las personas que se desarrollan en ellos.

De otro lado, en nuestra sociedad peruana también existen las causas de violencia generadas por los celos, ello en cuanto a la relación de pareja. En los estratos sociales bajos generalmente, se produce que, ante la negación de las relaciones sexuales por parte de la mujer, el hombre adopta actitudes violentas que las descarga contra la mujer, obligándola incluso a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad, provocando maltrato, físico y psicológico, ya que el varón por su actitud machista considera a la mujer como de su propiedad y piensa que ésta debe hacer lo que él le pida.

En cuanto a los celos, como causa de violencia, éstos se dan ante el comportamiento posesivo de la pareja. La reacción producida por los celos hace que las personas se alteren y se tornen violentas, lo que produce que se trate de imponer su autoridad y se reaccione violentamente. Al respecto, debemos tener presente asimismo, que nuestra sociedad peruana (sobre todo en el Sur del Perú) es machista y por ello, el varón asume actitudes autoritarias y de superioridad sobre la mujer, por lo que, a fin de establecer o hacer notar su superioridad asumen actitudes violentas contra la mujer y los hijos.

La violencia familiar no sólo acarrea sufrimiento en las víctimas, sino también efectos en sus procesos y condiciones psicológicas. En efecto, no es necesario ser psicólogo para constatar que recibir golpes, humillaciones, insultos, críticas, desprecios, violaciones sexuales, produce en las emociones, en la personalidad, y en los procesos psicológicos de la víctima efectos negativos, que pueden ser agudos y/o crónicos (depresión, estrés post traumático, ansiedad, alcoholismo, conductas suicidas, etc.).

Según el portal web: mujeresparalasalud.com, en su Informe on line: “Efectos y consecuencias de la violencia y el maltrato doméstico a mujeres”; además de serios daños físicos, la violencia familiar causa en las víctimas trastornos emocionales que serán más profundos y duraderos cuanto más tiempo dure la relación. Algunos de estos efectos psicológicos son: depresión profunda: falta total de esperanza, se sienten sin fuerzas, respuestas emocionales muy limitadas, altos niveles de autocrítica y baja autoestima. Miedo, estrés, conmoción psíquica aguda, ansiedad y desorientación. Incomunicación y aislamiento provocado por el continuo desamparo social. Tienen sentimientos de subordinación, dependencia y sometimiento. Sentido de culpabilidad. Están desmotivadas y tienen una profunda ausencia de esperanza. Incertidumbre, dudas e indecisiones por bloqueo emocional. Falta total de esperanza. Impotencia/indecisión: Carecen de poder interior para superar los problemas. Trastornos del sueño. Irritabilidad y reacciones de indignación fuera de contexto. Frecuentes trastornos de alcoholismo y de ludopatía. Baja interiorización de valores sociales y democráticos, etc.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temporal

La presente investigación se realizó en los meses de enero, febrero y marzo del año 2016.

1.2.2. Delimitación geográfica

La investigación se llevó a cabo en la Corte Superior de Justicia de Tacna (CSJT), tanto en su Sede Central como en el Módulo de Justicia de Alto de la Alianza y en el Juzgado de Familia Transitorio del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

1.2.3. Delimitación social

En la presente investigación participaron las mujeres adultas que han denunciado ante instancia judicial, haber sido agredidas por su pareja, configurando así el delito de violencia familiar.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

¿Cómo se relaciona la violencia intrafamiliar con la sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?

1.3.2. Problemas secundarios

- A. ¿Cuál es nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?

- B. ¿Cuál es el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?
- C. ¿Cuál es el nivel de sintomatología psicopatológica en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?
- D. ¿Cuáles son los síntomas (factores) psicopatológicos más frecuentes en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de relación entre la violencia intrafamiliar y la sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

1.4.2. Objetivos específicos

- A. Identificar el nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.
- B. Determinar el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.
- C. Conocer el nivel de sintomatología psicopatológica en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.
- D. Precisar los síntomas (rasgos) psicopatológicos más frecuentes en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

Existe un nivel alto de relación entre la violencia intrafamiliar y la sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

1.5.2. Hipótesis específicas

- A. Existe un alto nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.
- B. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT es la violencia psicológica
- C. Existe un nivel alto de sintomatología psicopatológica en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.
- D. Los síntomas psicopatológicos más frecuentes en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT son la depresión, la ansiedad y la hostilidad.

1.6. Justificación de la investigación

Mientras tengamos cifras porcentuales altas sobre violencia familiar en Tacna, nunca será suficiente continuar analizando y profundizando acerca de la dinámica de la violencia familiar, sus causas y consecuencias. Especialmente, desde la perspectiva psicológica, pues seguimos sin conocer profundamente a las víctimas y a sus agresores. En Tacna, se tienen datos imprecisos, conceptos vagos e imágenes inacabadas de la dimensión cuantitativa y cualitativa de la

violencia familiar en nuestra región. El presente estudio es sumamente importante pues abarca un universo muestral amplio, y comprende a mujeres que asisten a los juzgados de familia (en Tacna operan cuatro juzgados).

La violencia sufrida por las víctimas de violencia doméstica es grave, según los reportes del equipo multidisciplinario de la Corte Superior de Justicia de Tacna (CSJT). En Tacna, la mayoría de las denunciantes (55%) han sufrido maltrato físico, un 5% de la muestra había sido forzada sexualmente por parte de su pareja y donde la violencia familiar se había extendido a los hijos en el 40% de estas familias disfuncionales.

Por último, hay un mayor malestar emocional en aquellas víctimas que han sufrido más años de violencia, que en la infancia también sufrieron maltrato y que no han denunciado su victimización. Este último aspecto permite explicar la permanencia duradera de la mujer en convivencia con el agresor, lo que, a su vez, se relaciona con razones económicas (la dependencia del marido, los problemas de vivienda, etc.), culturales (la protección de los hijos, el rol de la mujer en la familia, etc.), sociales (la opinión de los demás, la falta de apoyo, etc.) y psicológicas (la baja autoestima, la vergüenza, el miedo al maltratador, la resistencia a reconocer el fracaso de la relación, la dependencia emocional, etc.). A la luz de estos datos, surgen diferentes cuestiones que sería interesante investigar en futuros estudios: ¿qué efectos psicopatológicos produce la violencia familiar en las mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Investigación: Amor, P.; Echeburúa, E., Paz de Corral, Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). "Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato" (Universidad del País Vasco, España).

Resumen: En este trabajo, sus autores han estudiado a una muestra amplia de mujeres maltratadas que acudieron en busca de tratamiento psicológico a un centro comunitario. El perfil de la víctima es el de una mujer casada o en trámites de separación, de unos 38-40 años y perteneciente a un nivel socioeconómico y cultural más bien bajo. No quiere con ello decirse que la violencia familiar sea exclusiva de este sector, sino que es en éste donde se detecta más. Asimismo, las víctimas de esta clase social consultan más en los centros comunitarios que ofrecen un servicio gratuito. En cuanto a las características del maltrato, destaca la instauración precoz, casi desde el comienzo de la relación de pareja, lo que explica, al menos en parte, la larga duración del mismo (13 años por término medio). La tardanza en buscar ayuda terapéutica puede explicarse en función de la dependencia económica, social y afectiva de la mujer respecto al varón, así como de las expectativas ingenuas de una remisión espontánea de la violencia (Lorente, 2001, citado de Amor et al, 2001).

También resulta llamativo que muchas de las víctimas habían sido maltratadas en los últimos meses, a pesar de estar ya separadas del agresor. Todo ello indica que el simple alejamiento del agresor no impide necesariamente la aparición de nuevos episodios de maltrato, pudiendo entrar la mujer en una nueva fase de acoso, sufrimiento e indefensión.

La violencia sufrida por las víctimas estudiadas es grave, como lo prueba que la mayoría (62%) había sufrido maltrato físico, que la tercera parte de la muestra había sido forzada sexualmente por parte de su pareja y que la violencia se había extendido a los hijos en el 63% de estas familias. Por otra parte, no encuentra un apoyo empírico la creencia de que la mayor parte de las mujeres maltratadas lo son por haber observado o haber sido objeto de maltrato en su infancia. De hecho, en esta investigación se halló que el 80% de la muestra no había sufrido ni observado violencia en su familia de origen. Por ello, la violencia familiar no se articula necesariamente en una cadena de transmisión intergeneracional. Son mayoría las mujeres que son maltratadas sin haber vivido una infancia azotada por el maltrato. Parece ser que, aun siendo relevante la violencia en la infancia como factor predictor de la victimización futura, los antecedentes inmediatos de la vida adulta desempeñan un papel más importante que los antecedentes de maltrato en la infancia (Echeburúa y Corral, 1998, citados en Amor et al, 2001). Desde una perspectiva psicopatológica, el trastorno de estrés postraumático estaba presente en el 46% de la muestra, que es un porcentaje similar al existente en las agresiones sexuales y más del doble del que se produce como consecuencia de cualquier otro tipo de delito. Asimismo, las víctimas estudiadas estaban afectadas por síntomas de ansiedad y depresión, como ocurre también en otros estudios anteriores.

Investigación: Labrador, F., Fernández-Velasco, M. y Rincón, P. (2010). "Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja". Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Concepción (Chile).

Resumen: En esta investigación se destaca el bajo porcentaje de mujeres víctimas de violencia familiar (MVVF) con Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) (37%). Además, los resultados señalan que los síntomas más típicos del TEPT en las víctimas de violencia doméstica son: la reexperimentación, concretamente la presencia de recuerdos desagradables y recurrentes sobre el maltrato y malestar psicológico intenso al recordar los sucesos, así como síntomas de hiperactivación: dificultades para conciliar el sueño, problemas de concentración y en un estado permanente de hipervigilancia. Los síntomas de evitación son menos frecuentes, a excepción de la evitación de pensamientos relacionados.

La depresión es el trastorno más frecuente en estas mujeres (69,6% entre moderada y grave), sólo el 11% se ve libre de síntomas depresivos. Varios factores pueden contribuir a esto: sensación de fracaso personal, abandono del hogar, deterioro de redes sociales y/o familiares, pérdida de poder adquisitivo y, especialmente, la alteración de todas las áreas de la vida cotidiana. En el trabajo de Labrador et al. (2006) se señalaba que la depresión era uno de los trastornos para el que más se pedía ayuda y el trastorno al que más atención psicológica se prestaba.

Los valores de inadaptación son muy elevados, el 88% de las MVVF superan el valor de corte. La mayoría veía afectada su vida cotidiana como consecuencia de la violencia, generándose una desestructuración vital, bien laboral (absentismo o

abandono del trabajo), social (limitaciones para relacionarse con otras personas), del tiempo libre (aislamiento, control, trámites legales, juicios, etc.), familiar (afectación hijos, respuesta negativa de allegados), de pareja (desconfianza para reestablecer relación de pareja). Además estas víctimas consideran que no están capacitadas para afrontar las demandas que exige la sociedad.

El porcentaje de ideación o intentos suicidas (44%) señala un grave problema no frecuentemente considerado, resaltando la necesidad de evaluar y prevenir este riesgo en todas las MVVF. Otros trabajos ya habían señalado que un 32,5% de las mujeres habían planeado suicidarse durante la relación abusiva (Villavicencio, 1996), pero han sido datos menos considerados. En consecuencia, no sólo la prevención, atención y protección debe ir dirigida a evitar un posible homicidio, sino a detectar y evitar el suicidio.

Los trastornos de ansiedad también están representados de forma significativa (38,7%) en su mayoría trastornos de angustia, lo que remite a los elevados niveles de activación y reactividad constante.

Investigación: Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Paz de Corral (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad Centro de Violencia de Género. Programa de Asistencia Psicológica de la Diputación Foral de Álava y Universidad del País Vasco (España).

Resumen: En esta investigación se analiza una muestra de mujeres víctimas de maltrato habitual (físico y/o psicológico) por parte de su pareja o ex pareja que solicitaron tratamiento psicológico en un programa de asistencia psicológica

especializado. En las víctimas de menos de 30 años, las que han sido agredidas sexualmente presentan un nivel mayor de gravedad de síntomas de estrés postraumático que las que no han estado expuestas a este tipo de maltrato. En las víctimas de más edad, las que han sufrido relaciones sexuales forzadas, aunque no sufren un mayor impacto psicológico (quizá porque no lo perciben como una violación propiamente dicha), sí se sienten más inadaptadas en su ritmo habitual de vida.

Sin embargo, en las víctimas de mayor edad es la percepción de amenaza a la vida la variable que tiende a incidir en un mayor nivel de gravedad de síntomas del TEPT. Pero, por otro lado, tienen también una autoestima más satisfactoria. Este último resultado puede parecer contradictorio, pero no lo es tanto si se tiene en cuenta que las víctimas suelen minimizar la gravedad del maltrato. Las que perciben realmente el riesgo tienden a responsabilizar única y exclusivamente al maltratador de las conductas violentas y de las posibilidades de cambio y, a la larga, al no sentirse culpables, tienen una mayor percepción de control y de seguridad en sí mismas.

En definitiva, las víctimas más jóvenes experimentan un maltrato objetivamente más grave y sufren un mayor impacto psicológico, pero, sin embargo, cuando buscan ayuda terapéutica, la abandonan prematuramente. La afectación emocional, a menudo, se atribuye a factores externos a la violencia experimentada. En las víctimas de más edad, y por tanto con una historia de victimización más larga, las experiencias vividas y los cambios en la concepción de lo que es la pareja o el amor les ayudan a ver y a comprender por sí mismas los factores que inciden en la permanencia del círculo violento y, en último término, a asumir su propia victimización.

Tesis: Mateus, M. (2009). “Intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar. Análisis del proceso de implementación en la Localidad de Suba”, presentado y aprobado en el año 2009 como requisito para optar al título de Magíster en Política Social (Universidad Javeriana- Colombia).

Resumen: El presente estudio tiene el propósito de describir y analizar el proceso de implementación de las intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar, gestionadas durante el periodo 2004-2008 en este sector de la ciudad de Bogotá, con el propósito de detectar los aciertos, los obstáculos y las nuevas oportunidades en su gestión. Para ello y bajo un enfoque metodológico cualitativo, se examina la dinámica que caracteriza la fase de implementación de los programas y proyectos desarrollados por organizaciones sociales y entidades gubernamentales con presencia en la localidad, a partir de las funciones que desde el enfoque de la gerencia social se designan a dicha fase: la gestión de operaciones, el control de gestión y la coordinación interinstitucional. Por medio de entrevistas semi estructuradas, aplicadas a los funcionarios responsables del nivel operativo, se detectan importantes problemas de gestión relacionados con la escasa disposición de personal, la reducida cobertura de las acciones, la duración insuficiente en la prestación de los servicios y la ausencia de control sobre las variables de desempeño; situaciones que obstaculizan la consecución de los resultados esperados y la generación de valor público, limitando la posibilidad de dar respuestas eficaces a las aspiraciones colectivas referentes a la prevención de la violencia intrafamiliar.

Investigación: Zarza, M. y Froján, M. (2005). “Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos”. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). Anales de psicología. 2005, vol. 21, nº 1 (junio), 18-26.

Resumen: Los resultados del estudio apoyan nuestra primera hipótesis de partida. Los episodios de violencia contra las mujeres latinas el estudio en el último año de convivencia están relacionados con una historia previa de violencia sufrida anteriormente, en la línea de los estudios actuales sobre la idea de que la violencia doméstica no consiste en incidentes aislados, sino en patrones de comportamiento con una historia establecida. La prensa frecuentemente informa de mujeres asesinadas a manos de sus parejas (o ex-parejas), con o sin intento de suicidio del agresor. Estos hechos salientes no parecen ocurrir de forma aislada sino ser la punta de un iceberg que en realidad esconde mucha mayor prevalencia de violencia dentro de las familias latinas, y que está relacionada con múltiples factores, entre ellos haber experimentado violencia en la infancia por parte del agresor y la propia violencia como forma de interacción dentro de la pareja. A la vista de nuestros resultados, la violencia dentro de la pareja puede terminar convirtiéndose en una forma de interacción habitual (de violencia verbal, física y/o sexual) que parece tener sus orígenes de aprendizaje en la infancia y adolescencia dentro de la familia y cultura de referencia. Experimentar violencia desde la infancia contribuye al aumento del grado de tolerancia hacia la misma y al aumento de la probabilidad de ejecutar conductas violentas como forma de ejercer poder y control. Nuestros datos apuntan a un nivel de prevalencia de tal magnitud en la comunidad latina (64,5%) que podríamos considerar que las conductas violentas están dentro de la norma para este grupo. Tanto agresor

como víctima pueden llegar a considerar que este tipo de conducta es “normal” puesto que forma parte de su vida cotidiana. Diversos autores indican además que no solamente el sujeto que produce violencia se habitúa a ella, sino que también los receptores y los testigos de esta violencia lo hacen. Por lo que respecta a la violencia contra los hijos, los resultados van en la misma línea y también apoyan nuestra tercera hipótesis. Como hemos destacado en el caso del varón, el abuso contra los hijos está también asociado con el grado medio de violencia que sufrió en la infancia y adolescencia.

Tesis: Ortiz, A. (2008). “Violencia doméstica modelo multidimensional y programa de intervención”. Tesis (Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).

Resumen: La violencia doméstica es un problema de salud pública. Es un fenómeno complejo que tiene dimensiones estructurales, funcionales y procesuales. Para la adecuada comprensión e intervención requiere de un análisis sistémico y multidisciplinario.

En este trabajo presentamos un modelo teórico multidimensional, interactivo e integrador para comprender y explicar la violencia doméstica. Se hizo una revisión extensa de literatura de diversos programas en Puerto Rico, Estados Unidos, República Dominicana, España y otros y se desarrolló, aplicó y evaluó un programa de intervención dirigido especialmente a hombres que agreden a la mujer en la relación de pareja. Conocer y analizar el perfil de las personas agresoras es prerequisite para desarrollar, aplicar y evaluar este tipo de programa. Se desarrolló, además, un Manual de Trabajo para el agresor. Es una

investigación cuasi experimental en la que a un grupo se le aplican pruebas previa y posteriormente al programa de intervención, para conocer niveles de autoestima, ansiedad, depresión, así como los pensamientos del agresor sobre la mujer y la violencia.

Para controlar la historia como factor de riesgo a la validez interna, fue requisito para cada participante no recibir servicios ni formar parte de grupos en las que pudieran mediar otras variables que afectaran la variable independiente. El programa duró 52 semanas, dos horas por sesión. La evaluación del programa, utilizando la prueba estadística "t", demostró que el sesgo cognitivo de la mujer-objeto puede ser modificado por el pensamiento positivo de la mujer-persona.

El programa evidenció cambios en mejoras de autoestima, depresión y ansiedad. Los ejercicios respecto al sesgo de violencia han de ser modificados. Se concluye que la violencia se aprende y se puede aprender a dejar de actuar con violencia en una relación de pareja.

Tesis: Arinero, M. (2008). "Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica". Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Resumen: Se desarrollaron dos fases. En la primera, se analizó la eficacia en función de los componentes. Se aplicó el programa de tratamiento en formato grupal a una muestra de 53 mujeres. 25 de ellas recibieron la intervención incluyendo entrenamiento en habilidades de comunicación, y las 28 restantes, con exposición. Se encontró que ésta última resultaba más eficaz en la mejora de

los síntomas postraumáticos, asociados y psicosociales, a corto y largo plazo. En la segunda fase, se comparó la eficacia de este programa en función del formato. 28 mujeres recibieron la intervención en formato grupal y 25, en formato individual. Los análisis finales determinaron que el programa de exposición en formato grupal es más eficaz y supone, además, una alternativa de tratamiento efectiva y eficiente para las víctimas de violencia doméstica.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Investigación: Blitchtein-Winicki y Reyes-Solari (2012). “Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007”.

Resumen: Se incluyó a 12 257 mujeres unidas o casadas que respondieron al módulo de violencia, con esta información se realizó la categorización de antecedente de violencia física infringida por la pareja. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y regresiones logísticas univariadas y multivariadas para muestras complejas. Resultados. La prevalencia de violencia física a nivel nacional fue de 14,5%, con variación entre regiones geográficas (9,7 a 18,9%). El factor asociado con un mayor riesgo es que la pareja se embriague con frecuencia (OR: 7,2; IC 95%: 5,4-9,6) y que la pareja controle o limite las visitas de la mujer a familiares o amigos (OR: 4,1; IC 95%: 3,3-5,0); otros factores asociados son el antecedente de agresión física del padre hacia la madre, el haber tenido uniones previas de pareja, ser conviviente, tener mayor nivel de educación que la pareja o el desbalance en la toma de decisiones en la pareja. Entre los factores asociados con un menor riesgo, estuvieron la comunicación y respeto dentro de la pareja (OR: 0,3; IC 95%: 0,2-0,3) y el que la mujer tenga algún tipo de seguro de salud.

Diversos factores individuales, de relaciones de pareja u otros factores, están asociadas con una mayor probabilidad de violencia de pareja contra la mujer. Otros factores, como la comunicación y el respeto en la pareja, podrían tener carácter protector.

Investigación: Fiestas, F., Rojas, R., Gushiken, Alfonso y Gozzer, E. (2012). “¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú”.

Resumen: Se analizó la base de datos de una encuesta poblacional aplicada en siete ciudades de Perú (Lima, Arequipa, Huamanga, Trujillo, Cusco, Callao y Maynas). Participaron 6399 hombres y mujeres, de los cuales 3909 refirieron vivir en pareja al momento de la entrevista. Se empleó regresión logística univariada y multivariada para identificar factores asociados con cualquiera de los roles, víctima o agresor. El alfa establecido fue 0,01. Resultados. La probabilidad de ser víctima o agresor en la violencia física entre parejas fue similar para ambos sexos ($p > 0,01$), e independiente del tiempo de convivencia. La exposición a la violencia en la niñez, tener una actitud favorable a la violencia, ser menor de 45 años, el consumo excesivo de alcohol, tener educación superior incompleta y tener un ingreso familiar de menos de 750 USD son factores asociados tanto a ser víctima como a ser agresor. Geográficamente, Cusco es la ciudad en que se puede encontrar con mayor probabilidad personas que ejercen violencia física contra la pareja o son víctimas de ella. El valor fue $p < 0,001$ para la mayoría de estas asociaciones. Conclusiones. El patrón de características que predice quién es la víctima, es muy similar al que predice quién es el agresor en los casos de

violencia física contra la pareja. El sexo y los años de convivencia no son predictivos para ninguno de los roles violencia física contra la pareja.

Investigación: Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE)-INEI (2009). “Modelos multivariados para la violencia conyugal. Sus consecuencias y la solicitud de ayuda”.

Resumen: La prevalencia de patrones culturales de tipo patriarcal en las relaciones de género, especialmente aquellos que limitan la autonomía de la mujer en la toma de decisiones dentro de la familia o en sus relaciones fuera de ella, son factores que incrementan de manera importante la probabilidad de que las mujeres sean víctimas de violencia, tanto física como sexual, ello muy por encima de otros factores de carácter socioeconómico y demográfico de las familias donde suceden este tipo de casos. En tal sentido, la pobreza y la exclusión social no tendrían efectos directos para explicar la incidencia de la violencia contra la mujer. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Ochoa (2002) y Aliaga (2004), en relación a la asociación estadística encontrada entre violencia conyugal y autonomía femenina. Una segunda conclusión de suma importancia del estudio, es que el consumo recurrente de alcohol, como parte de una práctica común entre los hombres tiene una incidencia ciertamente negativa en la violencia contra la mujer, en tanto que es la variable que más incrementa la probabilidad de violencia contra la mujer. Respecto a la violencia psicológica y sexual: Ciertamente es necesario ahondar en el estudio de las variables asociadas a estos tipos de violencia. Nuestro estudio, ha intentado ir más allá en el estudio de estos otros tipos de violencia, al preguntarse si pueden ser entendidos como fenómenos con autonomía relativa, es decir, con otras variables

explicativas distintas a las de la violencia física. Hemos encontrado que se verifica la correlación entre violencia física, psicológica y sexual hallada por Ochoa (2002), es decir, este tipo de violencia, no tiene autonomía respecto a la violencia física y forma parte del mismo fenómeno sociocultural. Sin embargo Ochoa encuentra una asociación con variables como la educación, la participación del esposo en el gasto familiar, la violencia conyugal entre los padres de la mujer, etc. Que nosotros no hemos encontrado al probar la regresión logística. En este sentido, se puede decir que, si bien existe una asociación de baja magnitud con las variables señaladas, éstas no aportan de manera significativa para la explicación de la aparición del fenómeno. En conjunto, no aumentan ni disminuyen la posibilidad de que una mujer sufra violencia psicológica o sexual.

2.1.3. Antecedentes locales

Tesis: Ruth Velarde Ruiz (2015). “Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres de la institución Educativa Adventista 28 de julio de la ciudad de Tacna, 2015”. (Tesis presentada para optar el grado académico de Magister en Ciencias de la Familia con Mención en Terapia familiar).

Resumen:

La presente investigación buscó establecer la relación significativa entre la violencia de pareja e ideación suicida en la mujer de la institución adventista 28 de Julio, Tacna. El tipo de investigación fue descriptivo, cuantitativa, correlacionar ya que ha permitido encontrar la relación entre las variables. Se aplicaron los instrumentos: “índice de abuso de pareja” Autor: Hudson y McIntosh (1981) adaptado por la autora e “Ideación suicida” Autor: Aarón Beck (1970). La

investigación se realizó a 176 mujeres de dicha institución que cumplieron los criterios, en los resultados se encontró que hay relación significativa entre la violencia de pareja con la ideación suicida en las mujeres evaluadas. Según el coeficiente de correlación de Spearman indica que existe una relación significativa entre actitud hacia la muerte y el abuso no físico es decir cuanto mayor sea la intensidad del abuso no físico mayor será la actitud hacia la muerte en las mujeres evaluadas. Existe una relación altamente significativa entre actitud hacia la muerte y el abuso físico ($\rho = ,372, p < 0.01$). Es decir cuanto mayor sea la intensidad del abuso físico (violencia sexual, agresividad, percepción que la pareja actúa como si quisiera matarla, entre otros) mayor será la actitud hacia la muerte en las mujeres evaluadas.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Violencia familiar desde un enfoque sistémico.

El proceso de desarrollo del ser humano, al igual que ocurre en cualquier otro organismo vivo, se enmarca en una serie de sistemas relacionados unos con otros, que son distintos escenarios de interacción con el ambiente. Esta cuestión, esencial en la biología, ha sido tomada en cuenta por Bronfenbrenner (1987), quien la ha aplicado al sistema familiar, considerando que la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción. Dado que para este autor el entorno es algo que trasciende la situación inmediata y afecta directamente a la persona en desarrollo, adoptó la terminología de “modelo ecológico” que se

concibe como una disposición seriada de estructuras concéntricas inclusivas, en la cual cada una de las estructuras se encuentra inmersa en la siguiente. Estas ideas no son análogas al modelo de familia como categoría sistemática en la biología, ni tampoco al concepto de población en la ciencia ecológica. No obstante, para el estudio de las relaciones familiares desde el campo de la psicología, el modelo ecológico aporta unas bases importantes que nos permiten ver distintas maneras con las que una persona se relaciona con el entorno.

Teniendo en cuenta que el microsistema es concebido como el conjunto de interrelaciones que se producen dentro del entorno inmediato, según Bronfenbrenner, (1987), Rodrigo y Palacios, (1998) y Papalia (1998), la familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años.

El mesosistema familiar, como conjunto de sistemas con los que la familia guarda relación y con los que mantiene intercambios directos, es una dimensión importante en los informes de valoración familiar. En cada etapa de ciclo familiar, suele haber unos sistemas de interacción más frecuentes, que toda forma de valoración debe considerar: la escuela, la pandilla, el club deportivo, el partido político o la asociación de vecinos, son algunos ejemplos. En cada caso, el mesosistema recibe la influencia de la familia, así las tensiones familiares se reflejan en el comportamiento del hijo en la escuela, al tiempo que la familia recibe la influencia de la escuela y del barrio en temas de relaciones

sexuales, de prevención del sida, en la educación vial o la evitación del consumo de tabaco, por citar sólo algunos ejemplos.

El macrosistema, entendido como el conjunto de valores culturales, ideologías, creencias y políticas, da forma a la organización de las situaciones sociales. En nuestro caso, la cultura predominante en el entorno familiar es también una dimensión a comparar con la cultura de origen de cada familia. En los casos en que la divergencia entre ambas sea alta, como en el caso de familias musulmanas que emigran a un país católico, las demandas de cambio que derivan del entorno constituyen una fuente de presión nada fácil de asimilar.

El modelo sistémico nos permite pues observar cómo cada grupo familiar se inserta dentro de una red social más amplia, y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía, como un todo. Pero a la vez nos permite analizar cómo cada microsistema permite integrar la energía de los demás miembros del sistema, bien sean estos individuos, bien sean subsistemas. En nuestro caso, el microsistema de referencia es la familia, y la pareja y la constelación fraterna son los dos subsistemas de obligada referencia.

2.2.2. Definición de familia y conceptos básicos según la teoría general de sistemas.

Desde la perspectiva que nos ocupa, y aunque se integre en un sistema más amplio, la familia se define como un sistema, es decir: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (Minuchín, 1986). A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones.

Esta definición de familia supone un gran avance para el estudio de la organización familiar, y de ella extraemos las características del sistema -conjunto, estructura, personas, interacción- y otras atribuibles a los sistemas sociales -abierto, propositivo, complejo-, además de las características específicas del sistema familiar -intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros-.

2.2.3. Premisas del enfoque de sistemas:

A. Los sistemas existen dentro de sistemas.

Por ejemplo, esto quiere decir que las moléculas existen dentro de células, las células dentro de tejidos, los tejidos dentro de los órganos, los órganos

dentro de los organismos, los organismos dentro de colonias, las colonias dentro de culturas nutrientes, las culturas dentro de conjuntos mayores de culturas, y así sucesivamente.

B. Los sistemas son abiertos.

Esta premisa es una consecuencia de la premisa anterior. Cada sistema que se examine, excepto el menor o mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en aquellos que le son contiguos. Los sistemas abiertos son caracterizados por un proceso de intercambio infinito con su ambiente, que son los otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, esto es, pierde sus fuentes de energía.

C. Las funciones de los sistemas dependen de su estructura.

Por ejemplo, para los sistemas biológicos y mecánicos esta afirmación es intuitiva. Los tejidos musculares, por ejemplo, se contraen porque están constituidos por una estructura celular que permite contracciones.

2.2.4. La familia y el pensamiento sistémico.

En el caso de la familia, no es posible predecir las propiedades conductuales de una familia con el simple conocimiento de las personalidades del marido, la esposa y los hijos. A la inversa, se afirma que ningún sistema se puede entender de manera adecuada o explicar por completo una vez que se ha reducido a sus partes componentes. Aún más, no es posible pensar un elemento

o subgrupo de elementos como si se actuase de manera independiente. Por el contrario, se propone una entidad organizada en la cual “el estado de cada unidad es limitado por el de otras unidades, o condicionado por el, o depende de ese estado” (Miller, 1975, citado en Monoy, 1989).

Por lo tanto, la conducta de los miembros de la familia, cuando se encuentran en el contexto de esta, es modelada y limitada por las conductas simultáneas de todos los otros miembros, por sí solos y en combinación. En consecuencia, el concepto de organización es descriptivo.

En cuanto a la familia, esto significa que siempre existe un vaivén entre el deseo de mantener la estabilidad y el de cambiar y crecer. En alguna familia, la necesidad de estabilidad parece ser la que triunfa, y el cambio sólo se produce en respuesta a tremendas presiones. En tales familias, los mecanismos morfoestáticos ejercen un control tiránico, comprimen las aspiraciones de desarrollo hasta que no es posible contenerlas y entonces estallan, a menudo en forma de una gran crisis de la familia. En otras familias parecen ocurrir constantes alteraciones y cambios, descritas a menudo como caóticas, estas familias parecen desorganizadas, no reguladas o descontroladas. La familia “sana” es la que ha desarrollado un adecuado equilibrio entre morfogénesis y la morfostasis, siendo la clave una adaptación coherente de los mecanismos reguladores y los temas de desarrollo.

Así, el concepto de sistema familiar se utiliza para hacer referencia a un grupo de personas que interactúan como un todo funcional. Ni los problemas, ni las personas existen en el vacío. Ambos están ligados a sistemas recíprocos más amplios de los cuales el principal es la familia. El funcionamiento físico, social y emocional de los miembros de una familia es profundamente interdependiente como cambios en una parte del sistema que repercuten en otras partes del mismo. Además, las interacciones y las relaciones familiares tienden a ser altamente recíprocas, pautadas y reiterativas. Las conductas de los miembros de una familia son complementarias o recíprocas. Esto conduce a esperar una cierta concordancia o equilibrio interdependiente en las familias que implica dar y recibir, acción y reacción. Es por ello, que una falla (por ejemplo: irresponsabilidad) en una parte de la familia puede complementarse en exceso: responsabilidad en otra parte de la familia. Una suposición básica es que los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto total en un momento determinado. Los esfuerzos de adaptación, por parte de los miembros del sistema, se reflejan en muchos de sus niveles desde el biológico, intrapsíquico hasta el interpersonal es decir, familia nuclear, extensa, comunidad, cultura y más allá.

2.2.5. Violencia familiar

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete que de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas.

La ley peruana también define la violencia familiar, pues a través de la Ley N° 26260 (Ley de protección frente a la violencia familiar) promulgada el 25 de junio de 1997, donde en su artículo 2., dice así: “(...) se entenderá por violencia familiar cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves, que se produzcan entre: cónyuges; convivientes; ascendientes; descendientes; parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; o, quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales”.

2.2.5.1. Causas de la violencia

- A. El alcoholismo: un sin número de casos registra que un gran por ciento de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.
- B. Falta de conciencia en los habitantes de una sociedad: creen que esta es la mejor forma de realizar las cosas: huelgas, tiroteos, golpes, etc.
- C. Fuerte ignorancia que hay de no conocer mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un fenómeno social es conversando y analizando qué causa eso y luego tratar de solucionarlo.
- D. El no poder controlar los impulsos: muchas veces somos impulsivos, generando así violencia, no sabemos cómo resolver las cosas.
- E. La falta de comprensión existente entre las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intra-familiar es la causa mayor que existe de

violencia, un niño que se críe dentro de un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, seguro, una persona problemática y con pocos principios personales.

F. Falta de comprensión hacia los niños: saber que los niños son criaturas que no saben lo que hacen, son inocentes. Muchas madres maltratan a sus hijos, y generan así violencia.

G. La drogadicción: es otra causa de la violencia, muchas personas se drogan para poder ser lo que no son en la realidad, para escapar así de la realidad causando mucha violencia: si no tienen cómo comprar su "producto" matan y golpean hasta a su propia madre.

2.2.5.2. Factores explicativos de la violencia familiar

La comprensión de un problema tan complejo como es la violencia doméstica exige un análisis en profundidad. Durante mucho tiempo se ha tratado de dar cuenta de este fenómeno atendiendo a factores explicativos uni causales, principalmente de tipo individual. Ejemplo de este tipo de explicaciones reduccionistas son las que consideran que son las características psicológicas de la víctima y el agresor, en concreto, la presencia de un trastorno mental o un problema abusivo de alcohol, la causa de la violencia doméstica. Otras, incluso, han llegado a considerar a las mujeres maltratadas como masoquistas, defendiendo que consciente o inconscientemente son ellas las que buscan y provocan el ser objeto de este tipo de vejaciones.

Intentar comprender la etiología de la violencia doméstica a partir de un único factor explicativo, resulta insuficiente; únicamente se consigue un acercamiento simplista y parcial a esta problemática social, extremadamente alejado de su verdadera complejidad. Además, buscar el origen del maltrato en la mujer supone, en gran medida, justificarlo y culpabilizar a la víctima por su ocurrencia.

Por lo tanto y a pesar de que parece no haber un acuerdo en la investigación, ni datos concluyentes sobre los factores implicados en este problema, lo que sí parece claro es que la violencia doméstica es un fenómeno multicausal, en el que intervienen no sólo factores individuales, sino también sociales, culturales y de la propia relación de pareja. A continuación, se realiza un análisis de la violencia doméstica a través de los diferentes factores implicados en su origen y mantenimiento. Es importante señalar que la mayoría de las investigaciones sobre factores relacionados con la violencia doméstica se han centrado en la violencia física principalmente, siendo escasos los estudios sobre factores de riesgo asociados al maltrato psicológico y sexual.

2.2.5.3. Modelos explicativos de la violencia familiar

Se describen algunos modelos explicativos de violencia familiar o violencia doméstica:

A. Modelo interactivo:

Uno de los modelos actualmente más influyentes en la explicación de este problema es el Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica, desarrollado por

Stith y Rosen (1992, citado de Grijalba, 2007). Este modelo adopta una perspectiva multi causal e interactiva, que contempla aquellos factores socioculturales, individuales, familiares y situacionales implicados en el origen de la violencia dentro del marco familiar (sea del tipo que sea). Según este modelo, los valores socioculturales relacionados con la violencia y con los roles sexuales estarían incidiendo sobre las vulnerabilidades, tanto a nivel individual como familiar, a la violencia, sobre los factores situacionales estresantes, sobre los recursos de afrontamiento de tipo personal, familiar o de la red social y finalmente, sobre la definición y percepción de la propia violencia.

B. Modelo predictivo

Posteriormente, Stith y Farley (1993, citado en Grijalba, 2007) proponen un Modelo Predictivo de la Violencia Familiar, basado en sus propias investigaciones y en la teoría del aprendizaje social. Este modelo considera que los malos tratos llevados a cabo por el agresor son consecuencia de una variable exógena, la experiencia de violencia conyugal durante la infancia en su familia de origen, y de cinco variables endógenas: un alto nivel de estrés e insatisfacción marital, la aprobación de la violencia como estrategia efectiva de resolución de conflictos, una actitud de desigualdad ante los roles sexuales, un consumo abusivo de alcohol y un nivel bajo de autoestima.

C. Modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar.

Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) proponen un modelo centrado en los mecanismos psicológicos que llevan al agresor a maltratar, que contempla además factores familiares y sociales implicados tanto en la génesis como en el mantenimiento de la violencia. Concretamente, sugieren que la conducta violenta

en los hogares es el resultado de un estado emocional intenso de ira, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima.

2.2.6. Consecuencias de la violencia familiar

La violencia contra la mujer y la niña, y demás miembros de la sociedad, aumenta su riesgo de mala salud. Un número cada vez mayor de estudios que exploran la violencia y la salud informan sistemáticamente sobre los efectos negativos. La verdadera medida de las consecuencias es difícil de evaluar, sin embargo, porque los registros médicos carecen generalmente de detalles vitales en cuanto a las causas violentas de las lesiones o la mala salud.

La violencia trae dos tipos de consecuencias: físicas y psicológicas

A. Consecuencias físicas

- **Homicidio:**

Numerosos estudios informan que la mayoría de las mujeres que mueren de homicidio son asesinadas por su compañero actual o anterior. En las culturas en que se practica la costumbre de la dote (bienes que aporta la mujer al matrimonio o que dan a los esposos sus padres o terceras personas, en vista de su matrimonio), esta puede ser mortal para la mujer cuyos padres no pueden satisfacer las demandas de regalos o dinero.

- **Lesiones graves:**

Las lesiones sufridas por las mujeres debido al maltrato físico y sexual pueden ser sumamente graves. Muchos incidentes de agresión dan lugar a lesiones que pueden variar desde equimosis (golpes y moretones) a fracturas hasta discapacidades crónicas.

- **Lesiones durante el embarazo:**

Las investigaciones recientes han identificado a la violencia durante el embarazo como un riesgo a la salud tanto de la madre como del feto no nacido. Las investigaciones sobre este rubro han indicado mayores niveles de diversas condiciones.

- **Lesiones a los niños:**

Los niños en las familias violentas pueden también ser víctimas de maltrato. Con frecuencia, los niños se lastiman mientras tratan de defender a sus madres.

- **Embarazo no deseado y a temprana edad:**

La violencia contra la mujer puede producir un embarazo no deseado, ya sea por violación o al afectar la capacidad de la mujer de negociar el uso de métodos anticonceptivos.

B. Consecuencias psicológicas.

- **Suicidio:**

En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas.

- **Problemas de salud mental.**

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse, sin darse cuenta, parece, que se están metiendo en otros problemas, aunque menos graves, pero dañino igualmente.

2.2.7. Sintomatología psicopatológica

En la presente investigación se plantea una lista de síntomas psicopatológicos basada en el SCL-90-R o Listado de Comprobación de Síntomas - 90 - Revisado (Symptom Checklist-90-Revised), diseñado por Derogatis. Este instrumento de evaluación se elaboró con la finalidad de evaluar una amplia gama de características psicopatológicas, tanto en población en

general como en población en riesgo (mujeres víctimas de violencia conyugal, por ejemplo), y se utiliza como medida de tamizado o bien para valorar los cambios sintomáticos debidos al tratamiento.

A continuación, se describe brevemente cada uno de los síntomas psicopatológicos que evalúa el instrumento SCL-90:

- A. Somatización: Es el grado de estrés proveniente de las percepciones de una disfunción corporal (González-Santos y Mercadillo y Barrios, 2007). El Portal Web Medline Plus señala que: “El trastorno de síntomas somáticos sucede cuando una persona siente una ansiedad extrema a causa de síntomas físicos como el dolor o la fatiga. La persona tiene pensamientos intensos relacionados con los síntomas que interfieren con su vida diaria. Una persona con trastorno de síntomas somáticos (TSS) no finge sus síntomas. Pueden ser provocados por un padecimiento de salud. A menudo no se puede encontrar una causa física.

- B. Obsesivo-compulsivo: Son conductas identificadas con este síndrome clínico. El Portal Web Medline Plus refiere que: “El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un tipo de trastorno de ansiedad. Las personas con TOC, tienen pensamientos repetidos y angustiantes denominados obsesiones. Con el fin de intentar controlar estas obsesiones, las personas con TOC sienten una necesidad imperiosa de realizar rituales o comportamientos, llamados compulsiones. Entre las compulsiones se incluye lavarse las manos, contar, revisar una y otra vez las cosas o limpiar. Esos ritos y pensamientos interfieren en sus vidas diarias.

C. Sensibilidad interpersonal: Es el sentimiento de inadecuación personal e inferioridad. El Portal Web Medline Plus equipara la sensibilidad interpersonal a la fobia social, y señala que la sensibilidad interpersonal es un miedo fuerte a ser juzgado por otros y a sentir vergüenza. Este miedo puede ser tan fuerte que hace difícil ir al trabajo o a la escuela, o llevar acabo las actividades de cada día. Toda persona ha sentido ansiedad o vergüenza alguna vez. Por ejemplo, conocer a alguien nuevo o hablar en público puede poner nervioso a cualquiera. Sin embargo, estas personas se preocupan por éstas y otras cosas por semanas antes de que ocurran. La mayoría de las personas que tienen sensibilidad interpersonal saben que no deberían tener tanto miedo, pero no lo pueden controlar. A veces terminan evitando lugares o eventos donde creen que podrían verse obligados a hacer algo que les haga sentir vergüenza. Para algunos, la fobia social es un problema sólo en ciertas situaciones, mientras que otras personas tienen síntomas en casi todas las situaciones sociales.

D. Depresión: La depresión es una enfermedad clínica severa. El Portal Web Medline Plus dice que la depresión: "Es más que sentirse "triste" por algunos días. Esos sentimientos no desaparecen. Persisten e interfieren con su vida cotidiana. Los síntomas pueden incluir:

- Sentirse triste o "vacío"
- Pérdida de interés en sus actividades favoritas
- Aumento o pérdida del apetito
- No poder dormir o dormir demasiado

- Sentirse muy cansado
- Sentirse sin esperanzas, irritable, ansioso o culpable
- Dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos
- Ideas de muerte o de suicidio

Según El Portal Web Medline Plus “(...) existen muchas causas, de la depresión, incluyendo factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. La depresión puede comenzar a cualquier edad, pero suele empezar en la juventud o en adultos jóvenes. Es mucho más común en las mujeres. Las mujeres también pueden tener depresión posparto después de dar a luz. La depresión es una parte del trastorno bipolar.

- E. Ansiedad: Son síntomas y conductas clínicamente asociadas a una manifestación de exacerbada ansiedad. Según el Portal Web Medline Plus: “El miedo y la ansiedad es parte de la vida. Puede sentirse ansioso antes de presentar una prueba o al caminar por una calle oscura. Este tipo de ansiedad es útil - puede permitirle estar más alerta o ser más cuidadoso. Suele terminar poco tiempo después de que salga de la situación que la provocó. Pero, la ansiedad no desaparece y empeora con el tiempo. Pueden sentir dolores en el pecho y tener pesadillas. Hasta pueden tener miedo de salir de sus casas. Estas personas tienen trastornos de ansiedad. Los tipos incluyen:
- Trastorno de pánico
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
 - Trastorno de estrés postraumático

- Fobias
- Trastorno de ansiedad generalizada

F. Hostilidad: Son pensamientos, sentimientos y acciones característicos del afecto negativo o un estado irascible. La palabra hostil es un adjetivo calificativo que sirve para señalar cuando una persona, una situación o un fenómeno es agresivo o desagradable. Es la actitud de responder de manera agresiva y peligrosa para con la integridad de una persona o ser vivo. La hostilidad puede ejercerse de miles de modos diferentes y la intensidad de la misma puede variar no sólo dependiendo de la persona, sino también de la situación, de las causas, intereses, demás. Si bien la hostilidad está presente en muchos órdenes de la vida, y no sólo en los seres humanos, la misma puede ser especialmente recurrente en algunas personas que actúan a través del uso de la violencia, la agresión y el desprecio hacia los demás.

G. Ansiedad fóbica: Son síntomas que se han observado en condiciones específicas de ansiedad fóbica y/o estados agorafóbicos. Una fobia es un miedo intenso y progresivo o ansiedad por un determinado objeto, animal, actividad o situación que ofrece poco o ningún peligro real. Las fobias específicas son un tipo de trastorno de ansiedad en el cual una persona puede sentirse extremadamente ansiosa o tener un ataque de pánico cuando es expuesta al objeto del miedo. Las fobias específicas son un trastorno psicopatológico común.

H. Ideación paranoide: También se equipara con el delirio, que viene a ser la falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida. Cuando un delirio a errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes:

- Celos delirantes. Idea delirante que tiene el sujeto pensando que es traicionado por su compañero sexual.
- De grandeza. Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o una persona famosa.
- De referencia. Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada.

I. Psicoticismo: Son síntomas incluidos en diferentes conductas psicóticas. Se denominan trastornos psicóticos a aquellos trastornos mentales en los que se presentan síntomas psicóticos como principal característica. La psicosis es un trastorno mental importante, de origen emocional con correlatos biológicos, que produce un deterioro de la capacidad de pensar, de responder emocionalmente, de recordar, de comunicar y de interpretar la realidad.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A. Violencia:

La violencia es el tipo de interacción entre sujetos que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer daño o sometimiento grave (físico, sexual, verbal o psicológico) a un individuo o a una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o las futuras. Puede producirse a través de acciones y lenguajes, pero también de silencios e inacciones.

B. Familia:

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

C. Violencia familiar:

La violencia doméstica, violencia conyugal, violencia familiar o violencia intrafamiliar comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que tiene como víctima a la mujer cónyuge (esposa, conviviente o novia) por parte del cónyuge. El término incluye una amplia variedad de fenómenos, entre

los que se encuentran algunos componentes de la violencia contra las mujeres, maltrato infantil, feminicidio, etc.

D. Dinámica familiar:

Dinámica relacional al interior de la familia que se da a través de las siguientes dimensiones: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad familiar.

E. Síntoma

Es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad.

F. Psicopatología:

La psicopatología es la disciplina que estudia lo anormal, lo desviado, lo desadaptado, lo trastornado, lo desorganizado, etc., cuyo interés se centra en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica y se plantea como objetivo principal descubrir leyes que regulan la conducta anormal o patológica mediante el método científico.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básica, pues buscó esclarecer aspectos teóricos de las variables de estudio e incrementar el conocimiento acerca de la violencia familiar y los síntomas psicopatológicos.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño fue descriptivo, correlacional y transversal. Es descriptivo, pues busca describir (caracterizar) las particularidades propias de las variables de estudio. Es correlacional, ya que tiene como finalidad determinar el nivel de relación que existen entre las variables de estudio. Las investigaciones transversales se definen como diseños que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (contrariamente al estudio longitudinal).

3.3. Población y muestra de estudio

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por todas las mujeres que han denunciado violencia familiar, en cualquiera de sus modalidades, ante los juzgados de familia de la Corte Superior de Justicia de Tacna. La cifra exacta de denuncias procesadas en la CSJT es incierta y variable, pero se estima que mensualmente se procesan 600 denuncias de violencia familiar - donde la víctima

principal es la mujer cónyuge, esposa, novia o conviviente - entre los tres (03) juzgados de familia de dicha Corte de Justicia.

3.3.2. Muestra

La muestra es no probabilística, por conveniencia. Se tomó una muestra de 102 mujeres víctimas que acudieron a las oficinas del equipo multidisciplinario de la Corte Superior de Justicia de Tacna entre los meses de enero, febrero y marzo del presente año.

3.3.2.1. Descripción de la muestra

Tabla 1: Edades de la muestra

Rango de edad	f	%
18 a 22 años	8	7.8
23 a 27 años	11	10.8
28 a 32 años	16	15.7
33 a 37 años	13	12.7
38 a 42 años	27	26.5
43 a 47 años	15	14.7
48 a más	12	11.7
Total	102	100%

Fuente: Estudio sobre violencia familiar en Tacna/2016

Tabla 2: Ocupación de la muestra

Ocupación	f	%
Ama de casa	9	8.8
Docente	7	6.8
Contabilidad/administradora	13	12.7
Comerciante	42	41.2
Obrera/operaria	26	25.5
Otro	5	4.9
Total	102	100%

Fuente: Estudio sobre violencia familiar en Tacna/2016

Tabla 3: Grado de instrucción

Instrucción	f	%
No asistió a la escuela	6	5.9
Sólo estudió primaria	23	22.5
No culminó secundaria	36	35.3
Culminó 5° año de secundaria	10	9.8
Estudios superiores inconclusos	7	6.8
Título universitario	20	19.6
Total	102	100%

Fuente: Estudio sobre violencia familiar en Tacna/2016

Tabla 4: Número de hijos

Nº de hijos	f	%
Sólo uno	29	28.4
Dos hijos	42	41.2
Tres hijos	19	18.6
Más de cuatro hijos	12	11.7
Total	102	100%

Fuente: Estudio sobre violencia familiar en Tacna/2016

Tabla 5: Tiempo de matrimonio/convivencia

Tiempo	f	%
Menos de 1 año	9	8.8
Entre 2 a 5 años	26	25.5
Entre 6 y 10 años	19	18.6
Entre 11 y 20 años	21	20.6
Más de 21 años	27	26.5
Total	102	100%

Fuente: Estudio sobre violencia familiar en Tacna/2016

Tabla 6: Estado civil

Estado civil	f	%
Casada	27	26.5
Conviviente	47	6.1
Viuda	8	7.8
Soltera	12	11.7
Divorciada	8	7.8
Total	102	100%

Fuente: Estudio sobre violencia familiar en Tacna/2016

3.4. Variables, dimensiones e indicadores

Variables	Dimensiones	Indicadores
Variable independiente: Violencia conyugal	Violencia psicológica Violencia económica Violencia física Violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Control a la pareja • Acusaciones constantes • Prohibición de contacto social • Humillaciones públicas • Insultos, recriminaciones • Control económico a la pareja • Golpes en rostro, brazos, piernas • Amenazas con arma • Amenazas de daño futuro • Relaciones sexuales forzadas
Variable dependiente Síntomas psicopatológicos	Hostilidad	7. Arrebatos de cólera o furia 34. Sentir impulsos agresivos 35. Tener ganas de romper algo 39. Discusiones frecuentes 43. Gritar o tirar cosas
	Somatización	18. Dolores musculares 23. Calor o frío repentinos 26. Entumecimiento u hormigueo 29. Debilidad corporal 31. Sensación de pesadez
	Depresión	9. Sentirse solo/a 10. Sentirse triste 11. No sentir interés por las cosas 27. Sentirse desesperanzado 42. La sensación de ser un/a inútil
	Obsesión-compulsión	16. Hacer las cosas despacio 20. Comprobación 21. Dificultad para tomar decisiones 25. Mente en blanco 28. Dificultades para concentrarse
	Ansiedad	6. Miedo repentino 12. Sentirse nervioso/a 30. Preocupación o tensión 38. Ataques de terror o pánico 41. Sentirse inquieto/a
	Sensibilidad interpersonal	14. Sentirse incomprendido/a 15. Impresión de rechazo 17. Sentirse inferior 32. Sentirse incómodo/a con la gente 36. Sentirse cohibido/a
		3. Miedo a espacios abiertos 08. Miedo a salir de casa solo/a 22. Miedo a viajar en medios de transporte

	Ansiedad fóbica	colectivos 24. Evitar lugares o actividades temidos 37. Miedo a la muchedumbre
	Ideación paranoide	2. Sus problemas son culpa de otros 05. Desconfiar de las personas 19. Otras personas le miran o hablan de usted 40. Otras personas no reconocen sus logros 44. Los demás intentan aprovecharse de usted
	Psicoticismo	01. Creer que le controlan el pensamiento 04. Oír voces que no oyen otros 13. Creer que otros conocen sus pensamientos 33. Pensamientos ajenos 45. Pensamientos de autocastigo

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

Se aplicó una encuesta y 01 cuestionario de autoinforme

3.5.2. Instrumentos

A. Encuesta de Violencia familiar

Nombre: Cuestionario de violencia familiar contra la mujer

Propósito: Conocer la ocurrencia de la violencia familiar contra la mujer.

Usuarios: Aplicado a mujeres. (Edades promedio de 18 a 45 años)

Elaborado por: Ana Paola Cáceres Laya. Psicóloga en Bachillerato Internacional Colegio Abraham Lincoln –Lima (Sector de Gestión educativa). Actualmente ejerce en este puesto de trabajo.

Tabla 7: Respuesta y valor asignado

Tipo de respuesta	Valor de la respuesta
Sí	3 puntos
A veces	2 puntos
Rara vez	1 punto
Nunca	0 puntos

Se suman los puntos de cada respuesta, y el total proporciona el Índice de abuso a que expuesta la mujer:

1. De 0 a 11 puntos. Relación abusiva

Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física.

2. De 12 a 22 puntos. Primer nivel de abuso

La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

3. De 23 a 34 puntos. Abuso severo

En este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.

4. De 35 a 45 puntos. ¡Abuso peligroso!

B. Cuestionario de autoinforme. SCL-45

La versión española del SA-45 es una forma abreviada del SCL 90. El SCL-90 es uno de los cuestionarios de autoinforme más utilizados internacionalmente para la evaluación de síntomas de psicopatología (el SCL-90-

R apenas supuso cambios importantes con respecto a SCL-90 puesto que únicamente se modificaron dos ítems).

El cuestionario se ha empleado con éxito en clínica e investigación (evaluación de la eficacia del tratamiento, screening, separación entre grupos de pacientes, determinación del nivel de gravedad psicopatológica, etc.). Incluye nueve escalas que cubren la evaluación de nueve dominios (síntomas) psicopatológicos básicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo).

Clave de corrección:

- Hostilidad: 7, 34, 35, 39, 43
- Somatización: 18, 23, 26, 29, 31
- Depresión: 9, 10, 11, 27, 42
- Obsesión-compulsión: 16, 20, 21, 25, 28
- Ansiedad: 6, 12, 30, 38, 41
- Sensibilidad interpersonal: 14, 15, 17, 32, 36
- Ansiedad fóbica: 3, 8, 22, 24, 37
- Ideación paranoide: 2, 5, 19, 40, 44
- Psicoticismo: 1, 4, 13, 33, 45

Fiabilidad del SA-45

Los coeficientes alfa de Cronbach para cada una de las escalas del cuestionario, siendo la mayoría igual o superior a 0,80 (niveles buenos de consistencia interna). Sólo una escala (Psicoticismo) evidenció un valor inferior a

0,70, lo que indica que únicamente ésta posee una consistencia interna ligeramente baja. El coeficiente alfa para el SA-45 total fue de 0,95.

Los coeficientes son similares a los referidos por Davison et al. (1997) para la versión inglesa del cuestionario y, al igual que en estos autores, el coeficiente más alto corresponde a la escala de depresión y el más bajo a la de Psicoticismo.

3.6. Procedimientos

Se llevaron a cabo las siguientes acciones en el proceso investigativo:

- a. Se evaluaron los instrumentos de recojo de datos, teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación y con las sugerencias de docentes psicólogos que conocen las variables a investigar.
- b. Se llevó a cabo una prueba piloto para corroborar la fiabilidad de los instrumentos de recojo de datos (escala).
- c. Se procedió a solicitar los permisos respectivos al administrador de la CSJT para la aplicación de los instrumentos de recojo de los datos. Se solicitó también la colaboración de los psicólogos del equipo multidisciplinario de la CSJT para que con su contribución y apoyo, se seleccione la muestra y se apliquen los instrumentos.
- d. Los datos obtenidos fueron tabulados en la hoja de cálculo Excell de Windows. Los datos consignados en la matriz de datos fueron trasladados al programa estadístico SPSS, v. 21. De este modo se hizo el procesamiento de los datos, se elaboraron las tablas y gráficos estadísticos y se realizó la contrastación de las hipótesis.
- e. Se elaboraron tablas y gráficos estadísticos y su interpretación guarda coherencias con los objetivos e hipótesis planteados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Violencia familiar

Tabla 8: Niveles de violencia familiar

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Relación abusiva	2	2.0
Primer nivel de abuso	1	1.0
Abuso severo	18	17.6
¡Abuso peligroso!	81	79.4
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La mayoría (79.4%) de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar (conyugal o domestica) presenta niveles altos (“abuso, peligroso”). Es evidente que esta cifra porcentual es preocupante y revela hasta qué nivel ha llegado el maltrato hacia la pareja o cónyuge. Esta cifra también está en concordancia con las noticias que diariamente recoge la prensa regional y nacional en el sentido que son miles los varones que golpean a sus parejas por motivos fútiles. En conclusión esta cifra es alarmante para nuestra región.

Tabla 9: Tipos de violencia intrafamiliar

Tipos de violencia	Frecuencia	Porcentaje
Violencia psicológica	76	39.6
Violencia económica	67	34.9
Violencia física	38	19.8
Violencia sexual	11	5.7
Total	192	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

En la, tabla nº 9 se observa que el 39.6% de la muestra había sido víctima de violencia psicológica. Es decir, el maltrato se produjo como consecuencia de insultos, burlas, amenazas, críticas, etc. Este es el tipo de maltrato más común entre las mujeres que denuncian violencia doméstica. Le sigue, el 34.9% de mujeres que denunciaron haber sido víctimas de violencia económica. Es decir, por medio de este tipo de violencia, el agresor controla la economía del hogar y amenaza a la víctima con no entregarle dinero para la manutención de los hijos y de ella misma. Hasta hace poco este tipo de violencia doméstica o conyugal no había sido considerada como una forma de violencia conyugal, pero han sido tantos los casos donde la no entrega de dinero a la pareja (víctima) es una expresión más de una conducta agresiva y hostil. Por ello, preocupa que aproximadamente 1 de cada 3 mujeres que han presentado sus denuncias por violencia familiar hayan señalado que la forma en la que fueron maltratadas fue mediante la no entrega de dinero para la manutención de los hijos.

4.1.2. Rasgos psicopatológicos en mujeres víctimas de violencia conyugal

Tabla 10: Hostilidad

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	43	42.2
Regular	46	45.1
Alto	13	12.7
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La hostilidad implica: Pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de ira, enojo o rabia (fastidio, enojo, malhumor, comportamiento explosivo, necesidad de golpear a alguien o romper cosas). Por ello, se trata de un sentimiento o reacción negativa que afecta especialmente a la víctima de cualquier edad o condición. En la presente investigación, se encontró que el 45.1% de la muestra presentó niveles regulares en este rasgo o síntoma psicopatológico (según el SCL 45), mientras que el 42.2% de las mujeres víctimas se ubicó en el nivel bajo. Este resultado indica que las mujeres víctimas no se caracterizan precisamente por ser hostiles o agresivas; por el contrario, siendo la mayoría de mujeres pasivas e inofensivas y por ello, son fácilmente víctimas de las agresiones de sus parejas varones.

Tabla 11: Somatización

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	42	41.2
Regular	16	15.7
Alto	13	12.7
Muy Alto	31	30.4
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La somatización como síntoma psicopatológico indica aquella percepción de malestares relacionados con distintas disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) y con dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares), pero como producto de perturbaciones psicológicas. Es decir, se produce una especie de conversión del síntoma psíquico, y donde un síntoma psicológico se “convierte” en una respuesta física (somatización).

En ese sentido, se observa que el 30.4% de la muestra presentó un nivel muy alto en este rasgo o síntoma psicopatológico. Además, el 12.7% de la muestra se ubicó en el nivel alto. Si se suman ambos porcentajes, se obtiene una cifra porcentual de 43.1%, por lo tanto, se trata de una cifra alta de mujeres que “somatizan” sus perturbaciones emocionales (ansiedad, especialmente).

Tabla 12: Depresión

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	40	39.2
Regular	23	22.5
Alto	36	35.3
Muy Alto	3	2.9
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La depresión incluye la mayoría de los principales síntomas típicos de los trastornos del espectro depresivo de acuerdo a los criterios diagnósticos corrientes (disforia, falta de motivación, pérdida de intereses, falta de energía, llanto, desesperanza, tristeza, ideación suicida). Como rasgo psicopatológico, la depresión es el principal síntoma para el 35.3% de la muestra. Mientras que el 2.9% de la muestra presentó un nivel muy alto. Sumando ambos porcentajes, se halló que el 38.2% de la muestra presenta niveles altos de depresión.

La depresión es el síntoma psicopatológico que aparece la una mayoría de informes psicológicos periciales (Ministerio Público). Este síntoma se presenta en la mayoría de las víctimas de violencia doméstica, sobre todo si ésta es crónica. Por ello, analizar la depresión como efecto de la violencia doméstica es un primer paso para determinar aquellos factores de personalidad que media entre la conducta agresiva doméstica y la depresión como síntoma.

Tabla 13: Obsesión- compulsiva

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	34	33.3
Regular	19	18.6
Alto	39	38.2
Muy Alto	10	9.8
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La obsesión-compulsión son los síntomas característicos del trastorno del mismo nombre (pensamientos, impulsos y acciones experimentados como involuntarios, no deseados e imposible de controlar). En la presente investigación, se halló que el 38.2% de la muestra presentó un nivel alto, mientras que el 9.8% se ubicó en el nivel muy alto. Sumados ambos porcentajes, se obtiene un cifra equivalente al 48%. Es decir, 1 de cada 2 mujeres que denuncian violencia doméstica experimentan síntomas que corresponden a obsesiones y compulsiones. Las mujeres víctimas de violencia conyugal afirman que luego de la exposición a una prolongada situación de violencia conyugal, empiezan a experimentar ideas obsesivas, como culpa, lavarse las manos constantemente, dudas obsesivas, entre otras manifestaciones. Esta condición (obsesión-compulsión) preocupa a las víctimas pues creen que en un paso previo a la “locura”, un paso antes de su “desintegración psicológica. Por ello es importante ayudar a este tipo de mujeres a frenar el ciclo de violencia alejándose de aquella relación conyugal que le causa daño físico y psicológico.

Tabla 14: Ansiedad

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	44	43.1
Regular	15	14.7
Alto	26	25.5
Muy Alto	17	16.7
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La ansiedad se define como: aquellos síntomas, cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación agravada de ansiedad (nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones). Se incluyen algunos síntomas similares somáticos de la ansiedad (somatización de la angustia). En la presente investigación se encontró que el 25.5% de la muestra se ubicó en el nivel alto, mientras que el 16.7% se ubicó en el nivel muy alto. Ello significa que el 42.2% de la muestra presenta síntomas ansiosos como respuesta a su situación de víctima de violencia conyugal. En ese sentido, la presente investigación corrobora otros estudios donde se determina que la ansiedad es una condición muy común en aquellas víctimas de violencia doméstica.

Tabla 15: Sensibilidad interpersonal

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	32	31.4
Regular	24	23.5
Alto	38	37.3
Muy Alto	8	7.8
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La sensibilidad interpersonal es aquella condición donde existe sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales). En la presente investigación, se halló que el 37.3% de la muestra se ubicó en el nivel alto, mientras que el 7.8% se situó en el nivel muy alto. Ambos porcentajes suman un 45.1% de la muestra que desarrollan sensibilidad interpersonal. Es decir, sufren una inadecuación en sus relaciones interpersonales, como producto de su condición como víctimas de violencia conyugal.

Tabla 16: Ansiedad fóbica

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	42	41.2
Regular	12	11.8
Alto	29	28.4
Muy Alto	19	18.6
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La ansiedad fóbica es un tipo de respuesta psicológica que implica la respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) irracional y desproporcionado respecto al estímulo que la provoca, lo que ocasiona una conducta de evitación o escape. Varios de los síntomas de esta dimensión son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, a salir o estar sola, a viajar en medios públicos de transporte). En la presente investigación se halló que

Tabla 17: Ideación paranoide

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	31	30.4
Regular	20	19.6
Alto	29	28.4
Muy Alto	22	21.6
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

La ideación paranoide consiste en las distorsiones cognitivas propias del comportamiento paranoide, concebido como un trastorno del pensamiento (proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía). Hay que precisar que no se trata de paranoia, que es un síndrome psicótico y que implica el desarrollo de una patología psíquica severa. La ideación, implica pensamientos recurrentes de sospecha y recelo. En esta investigación, se o que el 28.4% de la muestra se ubicó en el nivel alto de este síndrome. Por otro lado, se halló que el 21.6% de la muestra pertenece al nivel, muy alto. Sumados ambos porcentajes, se obtiene un porcentaje equivalente al 50%. Ello significa que la mitad de la muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica experimenta desconfianza. Este rasgo es comprensible pues la víctima no sólo tiene recelo de su victimario, sino de otras personas involucradas en procesos de violencia doméstica: PNP, Fiscalía, Juzgados y otros profesionales que intervienen. Este recelo se incrementa si la víctima ha sido agredida en anteriores ocasiones y no ha hallado justicia a su reclamo.

Tabla 18: Psicoticismo

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	38	37.3
Regular	23	22.5
Alto	40	39.2
Muy Alto	1	1.0
Total	102	100.0

Fuente: Estudio sobre violencia familiar y rasgos psicopatológicos/Tacna - 2016

Interpretación:

El psicoticismo incluye un amplio abanico de síntomas referidos al espectro psicótico, desde una leve alienación interpersonal a la evidencia más segura de la psicosis (sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, control e inserción del pensamiento, alucinaciones, pensamiento anómalo, etc.). En la presente investigación no se halló cuadros psicóticos en ninguna de las víctimas. Es decir, ninguna de ellas fue diagnosticada como esquizofrénica. Se trata de síntomas psicóticos o rasgos no de entidades clínicas, y que formarían parte de un cuadro psicótico, pero no son suficientes para darle esa categoría. En este sentido, se halló que el 39.2% de la muestra presenta rasgos psicóticos, y un 1% presenta un nivel muy alto. Sumados ambos porcentaje se determina una cifra de 40.2%. Se trata entonces de una cifra alta y preocupante.

4.1.3. Pruebas de hipótesis general: Rasgos psicopatológicos y violencia familiar

Prueba de hipótesis 1:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico hostilidad y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico hostilidad y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				Total
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	
Hostilidad	Bajo	2	1	11	29	43
	Regular	0	0	4	42	46
	Alto	0	0	3	10	13
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,561 ^a	6	.144
Razón de verosimilitudes	10.908	6	.091
Asociación lineal por lineal	4.476	1	.034
N de casos válidos	102		

a. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 9,561 y Sig. Aproximada = 0.144 entonces no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es > que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

No existe asociación entre el rasgo psicopatológico hostilidad y la violencia familiar.

Prueba de hipótesis 2:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico somatización y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico somatización y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				Total
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	
Somatización	Bajo	2	1	10	29	42
	Regular	0	0	5	11	16
	Alto	0	0	1	12	13
	Muy Alto	0	0	2	29	31
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,649 ^a	9	.234
Razón de verosimilitudes	13.174	9	.155
Asociación lineal por lineal	8.243	1	.004
N de casos válidos	102		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 11,649 y Sig. Aproximada = 0.234 entonces no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es > que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

No existe asociación entre el rasgo psicopatológico somatización y la violencia familiar.

Prueba de hipótesis 3:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico depresión y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico depresión y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	Total
Depresion	Bajo	0	1	12	27	40
	Regular	2	0	3	18	23
	Alto	0	0	1	35	36
	Muy Alto	0	0	2	1	3
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,709 ^a	9	.005
Razón de verosimilitudes	23.497	9	.005
Asociación lineal por lineal	3.112	1	.078
N de casos válidos	102		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 23,709 y Sig. Aproximada = 0.005 entonces se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es < que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

Existe asociación entre el rasgo psicopatológico depresión y la violencia familiar.

Prueba de hipótesis 4:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico obsesión-compulsión y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico obsesión-compulsión y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				Total
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	
Obsesión	Bajo	0	1	10	23	34
Compulsión	Regular	2	0	4	13	19
	Alto	0	0	4	35	39
	Muy Alto	0	0	0	10	10
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,440 ^a	9	.030
Razón de verosimilitudes	18.129	9	.034
Asociación lineal por lineal	5.850	1	.016
N de casos válidos	102		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 18,440 y Sig. Aproximada = 0.030 entonces se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es < que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

Existe asociación entre el rasgo psicopatológico obsesión-compulsión y la violencia familiar.

Prueba de hipótesis 5:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico ansiedad y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico ansiedad y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				Total
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	
Ansiedad	Bajo	2	1	11	30	44
	Regular	0	0	4	11	15
	Alto	0	0	3	23	26
	Muy Alto	0	0	0	17	17
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,488 ^a	9	.244
Razón de verosimilitudes	15.363	9	.081
Asociación lineal por lineal	9.005	1	.003
N de casos válidos	102		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 11,488 y Sig. Aproximada = 0.244 entonces no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es > que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

No existe asociación entre el rasgo psicopatológico ansiedad y la violencia familiar.

Prueba de hipótesis 6:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico sensibilidad y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico sensibilidad y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				Total
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	
Sensibilidad	Bajo	0	1	11	20	32
	Regular	2	0	4	18	24
	Alto	0	0	2	36	38
	Muy Alto	0	0	1	7	8
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,598 ^a	9	.021
Razón de verosimilitudes	19.214	9	.023
Asociación lineal por lineal	6.640	1	.010
N de casos válidos	102		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 19,598 y Sig. Aproximada = 0.021 entonces se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es < que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

Existe asociación entre el rasgo psicopatológico sensibilidad y la violencia familiar.

Prueba de hipótesis 7:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico ansiedad fóbica y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico ansiedad fóbica y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	Total
Ansiedad	Bajo	1	1	11	29	42
Fóbica	Regular	1	0	1	10	12
	Alto	0	0	6	23	29
	Muy Alto	0	0	0	19	19
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,331 ^a	9	.195
Razón de verosimilitudes	15.705	9	.073
Asociación lineal por lineal	5.759	1	.016
N de casos válidos	102		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 12,331 y Sig. Aproximada = 0.195 entonces no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es > que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

No existe asociación entre el rasgo psicopatológico ansiedad fóbica y la violencia familiar.

Prueba de hipótesis 8:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico ideación paranoide y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico ideación paranoide y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	Total
Ideación	Bajo	1	0	8	22	31
Paranoide	Regular	0	1	6	13	20
	Alto	1	0	2	26	29
	Muy Alto	0	0	2	20	22
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,765 ^a	9	.174
Razón de verosimilitudes	12.984	9	.163
Asociación lineal por lineal	3.738	1	.053
N de casos válidos	102		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 12,765 y Sig. Aproximada = 0.174 entonces no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es > que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

No existe asociación entre el rasgo psicopatológico ideación paranoide y la violencia familiar.

Prueba de hipótesis 9:

H₁. Existe asociación entre el rasgo psicopatológico psicoticismo y la violencia familiar

H₀. No existe asociación entre el rasgo psicopatológico psicoticismo y la violencia familiar

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Estadísticos de prueba: Medida de asociación para dos variables cualitativas en escala ordinal Chi cuadrado de Pearson.

Cálculos:

Utilizando El SPSS versión 21, se tienen los siguientes reportes:

		Violencia Familiar				Total
		Relación abusiva	Primer nivel de abuso	Abuso severo	¡Abuso peligroso!	
Psicoticismo	Bajo	0	1	10	27	38
	Regular	2	0	2	19	23
	Alto	0	0	6	34	40
	Muy Alto	0	0	0	1	1
Total		2	1	18	81	102

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,126 ^a	9	.206
Razón de verosimilitudes	11.722	9	.229
Asociación lineal por lineal	1.822	1	.177
N de casos válidos	102		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Decisión:

Debido a que la prueba χ^2 de Pearson= 12,126 y Sig. Aproximada = 0.206 entonces no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) ya que Sig. Aproximada es > que el nivel de $\alpha = 0,05$.

Se concluye que:

No existe asociación entre el rasgo psicopatológico psicoticismo y la violencia familiar.

Tabla 19: Resumen de correlaciones mediante el estadístico Chi Cuadrado de Pearson entre los rasgos (síntomas) psicopatológicos y la violencia conyugal.

Factor (rasgos de personalidad)	Chi cuadrado de Pearson	Sig. Aprox.	Asociación
Hostilidad	9.561	0.144	No
Somatización	11.649	0.234	No
Depresión	23.709	0.005	Sí
Obsesión/compulsión	18.440	0.030	Sí
Ansiedad	11.488	0.244	No
Sensibilidad	19.598	0.021	Sí
Ansiedad fóbica	12.331	0.195	No
Ideación paranoide	12.765	0.174	No
Psicoticismo	12.126	0.206	No

Fuente: Estudio de violencia conyugal y rasgos psicopatológicos/Tacna 2016

4.1.4. Pruebas de hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

H_1 . Existe un alto nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

H_0 . No existe un alto nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

Comprobación:

En la tabla 8 se puede observar que la mayoría de las mujeres encuestadas (79.4%) pertenece al nivel de "Abuso Peligroso". Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula. Es decir, existe un alto nivel de violencia intrafamiliar experimentada por mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

Hipótesis específica 2:

H₁. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT es la violencia psicológica

H₀. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT no es la violencia psicológica.

Comprobación:

En la tabla 9 se puede observar que la mayoría de las mujeres encuestadas (39.6%) han sido víctimas de violencia psicológica; mientras que el 34.9% lo fue de violencia económica. Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula. Es decir, el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT es la violencia psicológica.

Hipótesis específica 3:

H₁. Existe un nivel alto de sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

H₀. No existe un nivel alto de sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

Comprobación:

Para verificar esta hipótesis específica, se promedió los porcentajes de los niveles alto y muy alto de cada uno de los rasgos o dominios psicopatológicos (tablas: 10 hasta la 18). El promedio obtenido fue de 21.2% (1 de cada 5 mujeres experimenta un rasgo psicopatológico en grado alto y/o muy alto). Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula. Es decir, existe un nivel alto de sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.

Hipótesis específica 4:

H₁. Los síntomas psicopatológicos más frecuentes en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT son la depresión, la ansiedad y la hostilidad.

H₀. Los síntomas psicopatológicos más frecuentes en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT no son la depresión, la ansiedad y la hostilidad.

Comprobación:

Para comprobar esta hipótesis específica, se verificaron los porcentajes de los niveles alto y muy alto de cada uno de los rasgos o dominios psicopatológicos (tablas: 10 hasta la 18). Es así que se logró determinar que los rasgos o síndromes psicopatológicos que con mayor frecuencia es experimentado por mujeres víctimas de violencia conyugal son: ideación paranoide (50%); obsesión-compulsión (48%) y ansiedad fóbica (47%).

Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula. Es decir, los síntomas psicopatológicos más frecuentes en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT no son la depresión, la ansiedad y la hostilidad.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se determinó el nivel de correlación entre la violencia intrafamiliar y los rasgos psicopatológicos en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT. De este modo, se comprobó que los siguientes rasgos psicopatológicos: depresión, obsesión compulsión y sensibilidad están correlacionados significativamente con los niveles de violencia intrafamiliar (conyugal).

SEGUNDA:

Se determinó el nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT. En ese sentido, se comprobó que el 79.4% de la muestra se ubicó en el nivel extremo de violencia intrafamiliar (abuso peligroso). En segundo lugar, se determinó que el 17.6% de la muestra se ubicó en el nivel severo de violencia intrafamiliar (conyugal).

TERCERA:

La violencia psicológica (39.6%) es el tipo de violencia intrafamiliar (conyugal) más frecuente en mujeres víctimas (cónyuges) que acuden a los juzgados de familia de la CSJT. En segundo lugar, se ubicó la violencia económica con un 34.9% de las demandas judiciales. En tercer lugar, se encontró que el 19.8% de la muestra sufrió de violencia física.

CUARTA:

Se comprobó que 1 de cada 5 (21.2%) mujeres víctimas que acude a los juzgados de familia de la CSJT experimenta síntomas psicopatológicos en grado alto y/o muy alto.

QUINTA:

Se logró determinar que los rasgos o síndromes psicopatológicos que con mayor frecuencia es experimentado por mujeres víctimas de violencia conyugal son: ideación paranoide (50%); obsesión-compulsión (48%) y ansiedad fóbica (47%).

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Es fundamental que se cambie el enfoque de lucha contra la violencia conyugal o doméstica y pasar de un enfoque represivo a un enfoque preventivo. Aquellos países que han logrado reducir los niveles de violencia doméstica se han enfocado en la prevención más que en el castigo a los culpables o abusadores. La prevención debe formar parte de una política educativa para que desde edades tempranas, tanto niños como niñas aprendan que la violencia contra la pareja no puede ser un medio de comunicación, corrección o castigo. Esta educación de la no violencia debe inculcar el respeto, la tolerancia y la expresión equilibrada de las emociones. Por todo lo expuesto, a nivel regional debe promoverse una política educativa que prevenga la violencia conyugal a través de los procesos educativos en todos sus niveles: inicial, primaria y secundaria.

SEGUNDA:

Es evidente que una política preventiva tampoco debe descuidar el enfoque represivo; es decir, a ambos enfoques deben ir acompañados, pues tampoco puede dejarse sin castigo aquellas situaciones donde un agresor maltrata a su pareja, usando para ello su agresividad y violencia. Por ello, debe reformularse el código penal para convertir la violencia doméstica en delito y no en una simple falta como se viene procesando judicialmente en la actualidad.

TERCERA:

Una verificación de todas las instituciones que brindan apoyo a mujeres víctimas de violencia familiar indica que estas ofrecen una cobertura de atención insuficiente. Es decir, hacen falta más centros de apoyo y ayuda a mujeres víctimas de violencia familiar en la región Tacna. Por ello, se propone que la Escuela de Psicología de la Universidad Alas Peruanas, filial Tacna desarrolle un proyecto para acercarse a la comunidad a través de un servicio de apoyo y consejería psicológica a mujeres víctimas, y sobre todo, a través de sus estudiantes y/ egresados, la Escuela de Psicología debe plantear proyectos enmarcados dentro de la psicología educativa y psicología comunitaria con el objetivo de promover una educación hacia la tolerancia y del respeto. Este esfuerzo institucional también debe apuntar a reducir los niveles altos de machismo que aún persiste en nuestra región.

CUARTA:

Hacen falta más estudios para determinar las causas de la violencia doméstica. Este estudio trató de sus efectos, más no de sus causas. Pero a través de la presente investigación deseamos estimular la iniciativa de investigación para que sean otros los egresados y egresadas de la Escuela de Psicología que emprendan estudios acerca de los efectos psicológicos a corto, mediano y largo plazo de la violencia conyugal. De esta manera podría conocerse la verdadera dimensión y alcances de la violencia doméstica en nuestra región. Sólo así, sus autoridades podrían tomar cartas en el asunto, pues actualmente este tema no está en la agenda de las autoridades regionales.

REFERENCIAS

- Amor, P.; Echeburúa, E., Paz de Corral, Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato (Universidad del País Vasco, España). *Psicothema Revista Anual de Psicología*. Extraído el 26 de mayo de 2016, de:
<http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF3/002454.pdf>
- Arinero, M. (2008). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
- Ayllón, E. (2008). *Transmisión de la legitimación de la violencia de padres a hijos*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Psicología Social.
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento*. Memoria para optar al grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Barcelata, B. y Álvarez, L. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Actas Colombiana de Psicología*. [online]. 2005, vol.8, n.1 [citado 2016-04-24], pp. 35-46. Extraído de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0123-9155.

- Bados, A., Balaguer, G., y Coronas, M. (2005). ¿Qué mide realmente el SCL-90-R? Estructura factorial en una muestra mixta de universitarios y pacientes. *Revista Psicología Conductual*, 13, 181-196.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid. Espasa Calpe
- Baron, R. (2002). *Psicología* (Quinta Ed.) México: Editorial Prentice Hall.
- Blitchtein-winickl, D. y Reyes-Solari, E. (2016). Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. *Revista peruana. Medicina. Exp. Salud Pública* [online]. 2012, vol.29, n.1, pp. 35-43. Extraído de:
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cáceres Laya, A. (2011). *Cuestionario de violencia familiar contra la mujer*. Extraído de: <http://studylib.es/doc/569590/cuestionario-para-el-autodiagn%C3%B3stico-de-la-violencia-intr...>
- Colque, V. (2000). *Metodología de la investigación. Guía para su elaboración*. Arequipa: Universidad Católica Santa María.
- Casas, G. (2005). *Una perspectiva sistémica de la familia*. Extraído el 03 de diciembre del 2015, de:
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000104.pdf>:
- Chávez, D., et al. (2005). *La familia en el pensamiento sociológico del siglo XIX y XX*. Universidad de la Habana. Extraído el 05 de diciembre del 2015,

de:http://www.geomundos.com/sociedad/andrey05/la-familia-en-el-pensamiento-sociologico-del-siglo-xix-y-xx_doc_8798.html

- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). *Hombres maltratadores*. En: Echeburúa, E. y De Corral, P. (1993). *Manual de violencia familiar* (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI.
- Estévez, E. (2005). *Violencia, victimización y rechazo escolar en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología. Universidad de Valencia (España).
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (s.f.). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Extraído el 12 de abril de 2016, de: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- Feldman, R. (2003). *Introducción a la psicología*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Fiestas, F.; Rojas, R.; Gushiken, A. y Gozzer, E. (2016). . ¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. *Revista Peruana. Medicina*. [online]. 2012, vol.29, n.1 pp. 44-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
- González de Rivera, J.L., y De las Cuevas, C. (1988). *Versión española del cuestionario SCL-90-R*. Tenerife: Universidad de la Laguna (policopiado).
- González-Santos, L., Mercadillo, A. y Barrios, F. (2007). Versión computarizada para la aplicación del listado de síntomas 90 (SCL 90) y del

inventario de temperamento y carácter (ITC). *Salud Mental*, Vol. 30, No. 4, julio-agosto 2007. Extraído de:

http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/viewFile/1177/1175

- Herrera, P. (2006). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Extraído el 25 de diciembre del 2015, de:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm
- Instituto Nacional De Estadística –INEI/Centro de Investigación y Desarrollo –CIDE (2009). *Modelos multivariados para la violencia conyugal, sus consecuencias y la solicitud de ayuda*. Lima: INEI
- Labrador, F., Fernández-Velasco, M. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Concepción (Chile). *Psicothema. Revista anual de psicología*. Extraído el 27 de mayo, de:
<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/9007/8871>
- Larroca, F. (2006). *Familia funcional y la familia disfuncional*. Extraído el 16 de diciembre del 2015, de:
<http://www.monografias.com/trabajos48/familia-disfuncional/familia-disfuncional2.shtml>
- Mateus, M. (2009). *Intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar. Análisis del proceso de implementación en la Localidad de Suba*, presentado y aprobado en el año 2009 como requisito para optar al título de Magíster en Política Social (Universidad Javeriana- Colombia).

- MEDLINE PLUS (2016). *Información para su salud*. Un servicio de Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Extraído de: <https://medlineplus.gov/spanish/>
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Gedisa. Citado en: Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (s.f.). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*.
- Morris, C. (1999). *Psicología: Nuevo enfoque*. (Octava Ed.). México: Prentice Hall
- Ochoa S. (2002). *Factores asociados a la presencia de violencia hacia la mujer*. INEI, Investigaciones N° 15, Lima, Octubre
- Ortet, G., Ibáñez, M.I., Ruipérez, M.A., Villa, E., Moya, J., y Escriva, P. (2007). Adaptación para adolescentes de la versión española del NEO PIR (IS NEO). *Psicothema*, 19, 263-268
- Ortiz, A. (2008). *Violencia doméstica modelo multidimensional y programa de intervención*. Tesis (Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).
- Papalia, D. y Wendokos, R. (1998). *Desarrollo humano*. Bogotá: D'Vinni Editorial LTDA.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano: estudio el ciclo vital* (Cuarta edición). México: Prentice Hall.
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema Revista Anual de Psicología*. 2008. Vol. 20, nº 2, pp. 290-296 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. www.psicothema.com

- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Paz de Corral (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad Centro de Violencia de Género. Programa de Asistencia Psicológica de la Diputación Foral de Álava y Universidad del País Vasco (España). *Psicothema Revista Anual de Psicología*. Extraído el 28 de mayo de 2016, de:
<http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8555/8419>
- Velarde Ruiz, R. (2015). *Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres de la institución Educativa Adventista 28 de julio de la ciudad de Tacna, 2015*. Tesis presentada para optar el grado académico de Magister en Ciencias de la Familia con Mención en Terapia familiar. Extraído de:
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/199/1/Ruth_Tesis_maestria_2015.pdf
- Worchel, S.; Cooper, J.; Goethals, G y Olson, J. (2002). *Psicología social*. México DF.: Thomson.
- Zarza, M. y Froján, M. (2005). Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). *Anales de psicología*. 2005, vol. 21, nº 1 (junio), 18-26.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos

Anexo 2: Matriz de consistencia

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA EL AUTODIAGNÓSTICO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

La presente es una encuesta anónima que tiene como objetivo conocer la situación actual de la violencia intrafamiliar en la ciudad de Tacna. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial.

Antes de responder a la encuesta, por favor, complete los datos que se le solicitan:

Edad: _____ Ocupación: _____

Grado de instrucción:

- No asistió a la escuela
- Sólo estudió primaria
- No culminó estudios secundarios
- Culminó 5º año de secundaria
- Tiene estudios superiores inconclusos
- Tiene un título universitario

Número de hijos: _____

Tiempo de matrimonio/convivencia: _____ (en años)

Estado civil:

- Casada ()
- Conviviente ()
- Viuda ()
- Soltera ()
- Divorciada ()

Instrucciones:

Para conocer si vives violencia o si te encuentras en una situación de riesgo te pedimos que respondas a las siguientes preguntas.

Situaciones	Sí	A veces	Rara vez	No
1. ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?				
2. ¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?				
3. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?				
4. ¿Te crítica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?				
5. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?				
6. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con privarte de dinero?				
7. ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?				
8. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?				
9. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?				
10. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o				

arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?				
11. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?				
12. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"				
13. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)				
14. ¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?				
15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por tu pareja?				

Nota: No olvide verificar todas sus respuestas

ANEXO 2

SA-45: FORMA ABREVIADA DEL SCL-90 295

Instrucciones:

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión.

Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) colocando un aspa (X) en la columna que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

0: Nada

1: Un poco

2: Moderadamente

3: Bastante

4: Mucho o extremadamente

Situaciones	0	1	2	3	4
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos					
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás					
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle					
4. Oír voces que otras personas no oyen					
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas					
6. Tener miedo de repente y sin razón					
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar					
8. Miedo a salir de casa solo/a					

9. Sentirse solo/a					
10. Sentirse triste					
11. No sentir interés por las cosas					
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad					
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos					
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso					
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta					
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien					
17. Sentirse inferior a los demás					
18. Dolores musculares					
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted					
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace					
21. Tener dificultades para tomar decisiones					
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren					
23. Sentir calor o frío de repente					
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo					
25. Que se le quede la mente en blanco					
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo					
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro					
28. Tener dificultades para concentrarse					
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo					
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a					

31. Pesadez en los brazos o en las piernas					
32. Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted					
33. Tener pensamientos que no son suyos					
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien					
35. Tener ganas de romper algo					
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas					
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)					
38. Ataques de terror o pánico					
39. Tener discusiones frecuentes					
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros					
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a					
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada					
43. Gritar o tirar cosas					
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara					
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados					

Gracias por tu colaboración

Título: La violencia familiar y su incidencia en la sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la Corte Superior de Justicia de Tacna, en el año 2016

Problema	Objetivos	Hipótesis
<p>Problema principal</p> <p>¿Cómo se relaciona la violencia intrafamiliar con la sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?</p> <p>Problemas secundarios</p> <p>A. ¿Cuál es nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?</p> <p>B. ¿Cuál es el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?</p>	<p>Objetivos de la investigación</p> <p>Determinar el nivel de relación entre la violencia intrafamiliar y la sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>A. Identificar el nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.</p> <p>B. Determinar el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe un nivel alto de relación entre la violencia intrafamiliar y la sintomatología psicopatológica en mujeres que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>A. Existe un alto nivel de violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.</p> <p>B. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT es la violencia psicológica.</p>

<p>C. ¿Cuál es el nivel de sintomatología psicopatológica en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?</p> <p>D. ¿Cuáles son los síntomas (factores) psicopatológicos más frecuentes en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT?</p>	<p>C. Conocer el nivel de sintomatología psicopatológica en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.</p> <p>D. Precisar los síntomas (rasgos) psicopatológicos más frecuentes en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.</p>	<p>C. Existe un nivel alto de sintomatología psicopatológica en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los juzgados de familia de la CSJT.</p> <p>D. Los síntomas psicopatológicos más frecuentes en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la CSJT son la depresión, la ansiedad y la hostilidad.</p>
---	--	--