

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar a nivel mundial es la más recurrente dejando de ser un tabú en la sociedad, implementándose leyes de acuerdo a las necesidades para proteger a las más vulnerables víctimas tales como las mujeres y niños/as que sufren con frecuencia violencia dentro los hogares, siendo paradójica, pues en estos ambientes es donde uno debería sentirse más protegido, pero como se puede ver a diario en las noticias y datos estadísticos, la violencia va en aumento y no solo siendo violentadas sino llegando a la muerte. La violencia, ya sea en nuestro país como fuera, se convirtió en carácter endémico, manifestándose de diferentes maneras en los diversos espacios de la sociedad, independientemente de la clase social, cultura, raza, edad, nivel de educación recibida. Concluyendo que las agresiones en contra de las mujeres suceden dentro el seno familiar afectando a la salud mental y física.

La presente investigación tiene el objetivo de determinar las características psicológicas de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los Servicios Legales Integrales Municipales “SLIM”, de la ciudad de Tarija.

Las mujeres que son víctimas de violencia se ven afectadas en distintas áreas, tales como el área emocional y cognitiva, debido a los actos violentos. como ser amenazas, insultos, humillaciones, gritos, que intentan minimizar a la mujer. Generando traumas, trastornos y afectando directamente áreas como: la autoestima, la cual se forma a lo largo de la vida desde el auto concepto, a través de experiencias, sentimientos, pensamientos, que dan como resultado la autovaloración. Si el ambiente familiar no es el adecuado a causa de la violencia psicológica, física y económica provoca baja autoestima y genera diferentes trastornos que afectan la salud mental, fisiológica, como ser ansiedad, depresión y estrés postraumático.

De acuerdo a los datos brindados por el SLIM año a año incrementa la violencia intrafamiliar y a pesar de contar con la ley 348 que sentencia todo acto de violencia, no hay disminución de la misma.

Para una mejor comprensión del trabajo de investigación realizado, se procede a mostrar una estructura de todo el proceso por etapas, según lo establecido en cada capítulo.

Capítulo I. Planteamiento del problema y justificación, que constituye la primera fase del trabajo logrando delimitar el problema de investigación en el que se contextualizó la violencia intrafamiliar a nivel mundial, al igual que los aportes generados en la investigación.

Capítulo II. Diseño teórico, en el que se presenta la pregunta científica, los objetivos, general y específicos, la hipótesis y la operacionalización de las variables sobre la temática investigada.

Capítulo III. Marco teórico, es la etapa más importante en todo proceso de investigación, el aporte y fundamentación teórica sostiene el estudio que se realiza, parte de una revisión bibliográfica y posteriormente se parte de teorías que sustentan la investigación.

Capítulo IV. Diseño metodológico, se describe el área, tipo de investigación al igual que la población, muestra, métodos, técnicas, e instrumentos.

Capítulo V. Análisis e interpretación de los resultados, donde se describen datos cualitativos como cuantitativos obtenidos en la investigación.

Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones, describiendo los hallazgos obtenidos durante la investigación procediendo a las recomendaciones correspondientes y de acuerdo al caso.

Por último, se presenta bibliografía, detallando las citas y referencia de las teorías usadas en la investigación.

CAPÍTULO I

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA Y
JUSTIFICACIÓN**

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Planteamiento del problema.

En el mundo existen miles de casos de violencia intrafamiliar tanto en niñas/os, jóvenes como en mujeres de diferentes edades, religión, etnias, estatus sociales, niveles de educación y cultural, siendo uno de los grupos más vulnerables.

Para entender el fenómeno de la violencia intrafamiliar, es necesario analizar los factores que culturalmente legitiman, el actuar de los hombres en esta sociedad patriarcal en la que nos desarrollamos, las creencias y valores introducidos durante siglos, han hecho que las estructuras sociales existentes limiten el actuar de las mujeres. Los estereotipos de género, transmitidos y perpetuados en la escuela, los medios de comunicación, sientan las bases para el desequilibrio.

Investigaciones llevadas a cabo en los últimos años, demuestran que, a pesar de los esfuerzos realizados por numerosas organizaciones, tanto estatales como privadas, pendientes a difundir y promover ideas progresistas acerca de la igualdad entre los hombres y mujeres, esto no se evidencia necesariamente en la sociedad.

Según la OMS (2014) y según los datos estadísticos en Europa referentes al año 2014, se puede tener una idea de cómo es la situación de este colectivo en el resto del mundo, una de cada 4 europeas ha sido víctima de malos tratos e insultos por su conyugue, un 10 % presentan baja autoestima, cada 18 segundos una mujer es violentada, al menos una de cada 5 es víctima de malos tratos en su propio hogar, el 60,6% de las mujeres asesinadas en 2013 han sido españolas, y del resto, el 19,7% procedían de países latinoamericanos; el 8,5% de países de la Unión Europea, el 5,6% del resto de países de Europa, un 2,8% de Asia y un 2,8% de otra procedencia. (OMS, 2014)

En América Latina según los datos estadísticos de la ONU, ONUDD (2013) encontraron que América del Norte, Centro y Sur, fue la región más violenta del mundo en 2012, en Perú, según la ONU, el 78 % de mujeres han sufrido violencia verbal por sus parejas y un 41 % en sus trabajos. En Argentina, la denuncia por violencia psicológica subió casi el 60 % desde 2011, en Honduras en 2012 ocurrieron 606 casos de violencia psicológica, lo que representa una tasa de 14,2 % por cada 100.000 habitantes, serían los países con mayor porcentaje de mujeres que han denunciado violencia psicológica, mientras que Paraguay 18%, en la Encuesta Nacional de Relaciones

Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) destaca que, en el Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, y el 76% de las mujeres han vivido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex-pareja. Jamaica 17%, República Dominicana 16%, y Haití 13%, serían los de menor porcentaje.

A nivel nacional, datos de las instituciones que prestan servicios en el marco de la Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia ley 348 promulgada el 9 de marzo de 2013, evaluó la calidad de atención que reciben las víctimas de violencia, el conocimiento y cumplimiento a la normativa sobre los derechos de las mujeres en los operadores de justicia, tal es el caso de la Dirección Nacional de FELCV que en un informe reciente, registraron que después de un año de la aprobación de la Ley Integral 348 se atendieron 21500 casos de violencia contra las mujeres en todo el país en el 2014; datos alarmantes sobre el crecimiento de la violencia que a pesar de tener gran visibilidad no conmueven a la sociedad ni a los operadores de justicia.

Un dato alarmante muestra que tan solo un 40% de las víctimas concreta una denuncia y un 60% de estas denunciantes desiste de la causa y no sigue el proceso.

En el marco de la investigación se verificó que las mujeres corren mayores riesgos de muerte en el hogar (58%) que en las calles por inseguridad ciudadana (42%). La Paz es el departamento más violento seguido por Cochabamba y Santa Cruz.

A nivel local, datos de las instituciones que presentan servicios en el marco de la ley 348, presentan un cuadro resumen de casos atendidos desde la promulgación de la ley 348, datos brindados por el SLIM de la ciudad de Tarija.

CUADRO N° 1

CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA CIUDAD DE TARIJA

Gestión	Casos iniciados en FELCV Ministerio Publico	Casos Atendidos iniciados en SLIM	Total
2013	-	507	507
2014	1410	506	1916
2015	553	673	1226
2016	1621	1529	3150
2017	1085	1602	2687
2018 (Enero-Mayo)	627	600	1227
TOTAL	5.296	5,417	10,713

Fuente: Servicios Legales Integrales Municipales

Elaboración: Propia

Los Servicios Legales Integrales Municipales es una institución gubernamental dependiente de los municipios, brindan servicios psicológicos, legales y sociales, promoviendo la prevención, sensibilización y atención de casos de violencia intrafamiliar a personas sin distinción de género desde, 18 a 60 años de edad. Entre las funciones y atribuciones es cumplir la atención y asistencia a personas en situación de violencia, impulsar el ejercicio de los derechos, proteger la integridad física, psicológica y sexual de las víctimas de violencia intrafamiliar, elaborar informes sociales. psicológicos y patrocinio a mujeres que así lo requieran.

Esta investigación ayuda a determinar la realidad que viven muchas mujeres que acuden al SLIM y su estado psicológico, además conocer los niveles de ansiedad, depresión, autoestima y estrés postraumático, por lo que se plantea la siguiente pregunta de trabajo, “**Determinar las características psicológicas en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los Servicios Legales Integrales Municipales SLIM de la ciudad de Tarija**”.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La realidad que se atraviesa a nivel nacional y local, hace que la investigación de violencia intrafamiliar no solo sea una necesidad estadística o científica sino es más profunda, es una necesidad práctica de investigación y conocimiento para alternar programas de intervención, pero para ello es indispensable que los profesionales humanistas tales como la psicología estén en la obligación de dar respuestas a las necesidades del contexto en el que nos desenvolvemos, de tal manera se pueda brindar opciones de intervención para disminuir los alarmantes números de violencia que se presentan a diario, como la violencia intrafamiliar, violencia psicológica, violencia sexual, feminicidio y otro tipo de violencias.

Durante décadas las mujeres naturalizaban estos tipos de violencia, por estar dentro de su entorno familiar, su esposo, padres, tíos u otros familiares estaban en la libertad de hacerles daño, sin embargo, en los últimos años, varios casos se han denunciado, convirtiéndose en un verdadero problema social.

Los resultados de la investigación permiten a los fines institucionales y a la sociedad en su conjunto que conozcan, tomen en cuenta y puedan incrementar centros de atención a víctimas de violencia intrafamiliar como también sensibilizar y concientizar en la población para disminuir el índice de delitos contra las mujeres, por lo que esta investigación realiza los siguientes aportes:

Dentro de los Aportes teóricos, la investigación da a conocer las conceptualizaciones intrafamiliares y sus repercusiones e impacto que causa la violencia en las mujeres, ansiedad, depresión, baja autoestima y estrés postraumático.

Por otro lado, en el aporte práctico, de esta investigación se beneficiará a la población involucrada, los cuales son: las mujeres víctimas, Servicio Legal Integral Municipales y la sociedad en general que a partir del presente trabajo se intenta concientizar y bajar los niveles de violencia en las mujeres.

Así también se podrá generar espacios de prevención en conjunto con otras entidades que trabajen con la problemática y estas estarán dotadas de los datos que arroje la presente investigación como base diagnóstica que ayuden a disminuir la tasa de víctimas de violencia en el entorno familiar y con ello hacer tomar conciencia para reducir secuelas de la violencia intrafamiliar, como niveles

altos de ansiedad, depresión, baja autoestima y presencia de estrés postraumático, en mujeres víctimas que acuden al SLIM, dando con ella un aporte tendiente al equilibrio emocional debido al aumento de la violencia y los problemas que trae consigo y de ahí la importancia que tiene el estudio de este tema.

Aporte metodológico: la aplicabilidad de este aporte en la investigación es a través de la relación de información mediante la entrevista de los grupos focales, que fueron reconocidos, para la posibilidad de garantizar resultados consistentes, que podrán ser utilizados en diversos ámbitos de la psicología clínica.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cuáles son las características psicológicas que presentan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM “Servicio Legal Integral Municipales” de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVO GENERAL

- Determinar las características psicológicas en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM “Servicios Legales Integrales Municipales” de la ciudad de Tarija

2.3. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Describir el nivel de ansiedad que presentan las víctimas que sufren violencia intrafamiliar y asisten al Servicio Legal Integral Municipal de la ciudad de Tarija.
- Identificar el grado de depresión que genera la violencia intrafamiliar en mujeres víctimas que acuden al Servicio Legal Integral Municipal de la ciudad de Tarija.
- Valorar el nivel de autoestima que presentan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM de la ciudad de Tarija
- Identificar el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM de la ciudad de Tarija

2.4. HIPÓTESIS

Las características psicológicas que presentan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM de la ciudad de Tarija, es:

- Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM presentan un nivel alto de ansiedad, caracterizadas por hormigueo en la cabeza, incapacidad de relajación y aturdimiento, palpitaciones y taquicardias, sensación de ahogo, dificultad para respirar, inestabilidad e inseguridad física, problemas de sueño.
- El nivel de depresión de las mujeres objeto de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM presentan un nivel severo de depresión, caracterizada por: tristeza incontrolable, pensamientos negativos e ideas suicidas, pérdida de interés por las cosas y demás, sentimientos de

culpabilidad, de castigo e inutilidad, irritabilidad, trastornos del sueño y apetito, al igual que cansancio y fatiga.

- El nivel de autoestima de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de Tarija es un nivel bajo, caracterizadas por: auto concepto débil, incapacidad de reconocer sus logros, desvalorización de la autoimagen, pensamientos negativos y de fracaso, creencias de inutilidad.
- Las mujeres que sufren maltrato intrafamiliar que acuden al SLIM presentan estrés postraumático crónico, caracterizadas por: Reexperimentación, recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso al recordar el trauma y malestar fisiológico agudos al revivirlos. Síntomas de evitación: como evitación de pensamientos y conversaciones asociados al suceso traumático y pérdida de interés en actividades significativas. Aumento de activación, dificultad para conciliar o mantener el sueño e hipervigilancia.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Ansiedad	<p>La ansiedad es un sistema complejo de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas, es decir modo de amenaza, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan muy aversivas por que se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.</p> <p>David A. Clark Aarón T. Beck (2012) Terapia cognitiva para trastornos de Ansiedad p. 23</p>	Fisiológicas	Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, temblores, sudoración molestias digestivas, alteraciones en la alimentación, cansancio, hormigueo	<p><i>Test de ansiedad de Aaron Temkin Beck</i></p> <p>0 – 21 Baja</p> <p>22 – 35 Moderada</p> <p>Más de 36 Severa</p>
		Psicológicas	Incapacidad de relajarse, miedo a que suceda lo peor, aturdimiento, miedo a perder el control, dificultad para respirar, sobresaltos, pánico.	
		Conductuales	Sensación de calor, sensación de inestabilidad e inseguridad física, sensación de ahogo, sudoración que no se deba al calor.	
Depresión	<p>La depresión afecta el cuerpo, el ánimo y los pensamientos. Puede afectar la manera en que el sujeto se siente</p>	Afectivas	<p>Tristeza</p> <p>Pesimismo</p> <p>Sentimiento de culpa</p> <p>Sentimiento de castigo</p>	<p><i>Inventario de Depresión de BECK BDI-II</i></p> <p>0 – 10 Ausente</p>

	sobre si mismo y sobre los demás. Si no se somete a tratamiento, puede afectar el trabajo, la familia, los hábitos del comer, dormir y la vida en general	Cognitivas	Disconformidad consigo mismo Autocrítica Pensamientos suicidas Pérdida de placer	11 – 16 Leve 17 - 30 Moderado 31 – 40 Grave 40 – 73 Extrema
		Conductuales	Cambios en los hábitos de sueño Irritabilidad Cambios en el apetito Dificultad de concentración Cansancio o fatiga Perdida de interés por el sexo	
Autoestima	Autoestima es la valoración positiva o negativa que una persona hace de sí misma en función de los pensamientos, sentimientos y experiencias acerca de sí misma. Es un término de Psicología, aunque se utiliza en el habla cotidiana para referirse, de un modo general, al valor que una persona se da a sí misma.	Autoconfianza	Soy una persona digna de aprecio, tengo cualidades buenas, hago las cosas también como los demás, sentir más respeto por mí misma, estoy satisfecho de mí mismo	Escala de Autoestima de Rosenberg. 30 – 40 Elevada 26 – 29 Media Menos de 25 baja
		Auto concepto	No soy una buena persona, a veces pienso que no soy una buena persona, siento que no tengo mucho de qué estar orgullosa, tengo pensamientos de fracaso	

Estrés postraumático	Es un trastorno de ansiedad en el que la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas a su integridad o la de los demás y la persona ha respondido con un temor, una desesperación o un horror intensos.	Reexperimentación	<p>Recuerdos Pensamientos o percepciones desagradables y recurrentes del suceso Sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso. Sentimiento como si el suceso estuviera ocurriendo. Malestar psicológico intenso y reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos</p>	<p>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Enrique Echeburua</p> <p>Puntos de corte</p> <p>Reexperimentación</p> <p>0 a 15 presenta.</p> <p>0 a 5 no presenta</p> <p>Evitación</p> <p>0 a 17 presenta</p>
		Evitación	<p>Evitar estímulos asociados al acontecimiento Incapacidad para recordar aspectos importantes del hecho Disminución del interés de la persona por actividades hasta entonces significativas Sensación de distanciamiento de los demás Restricción de los afectos y sensación de un futuro incierto</p>	<p>0 a 6 no presenta.</p> <p>Aumento de activación</p> <p>0 a 15 presenta.</p> <p>0 a 4 no presenta.</p> <p>Rango.</p> <p>0 – 51 presenta</p> <p>Punto de corte</p> <p>0 a 15 no presenta</p>

		Aumento de activación	<p>Dificultad para conciliar o mantener el sueño</p> <p>Irritabilidad o expresiones de ira</p> <p>Dificultad para concentrarse</p> <p>Estado de hipervigilancia.</p>	
--	--	-----------------------	--	--

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO.

A continuación, se presenta la fundamentación teórica, revisión bibliográfica que sostiene esta investigación, definiendo las variables a estudiar, así también información relevante que permite entender la problemática.

3.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, Castilla del Pino, C., (1981) (OMS, 2005).

La violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo (OPS, 2002). Torres, refiere la violencia como un fenómeno universal, con característica y consecuencias para cada cultura, Torres M, (2001).

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA 1994) la Violencia Intrafamiliar se define como un patrón de comportamientos abusivos, incluyendo un gran parámetro de maltrato físico, sexual y psicológico usado por una persona en una relación íntima contra otra para ganar poder injustamente o mantener el mal uso del poder, control y autoridad American Psychiatric Association Manual, (2003).

La OMS considera, Violencia Intrafamiliar a toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar. Comprende las agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima, La Violencia Intrafamiliar se considera como un problema importante de Salud Pública, World Health, (1996).

Corsi J. (2006: 17), define la Violencia intrafamiliar como todas las formas de abuso que ocurren en las relaciones entre los miembros de una familia, incluyendo toda conducta que, por acción y omisión, dañe física o psicológicamente a otro miembro de la familia.

Es así como a través de la acción colectiva femenina y con el apoyo de profesionales de distintas áreas se empieza a percibir la VIF, ya no como una circunstancia de índole personal, sino como una situación socialmente inaceptable por transgredir los derechos humanos, por ser un problema de salud pública al afectar el bienestar físico y psicológico de un altísimo número de personas y por obstaculizar la seguridad ciudadana al genera temor y desasosiego, entorpeciendo la calidad de vida de la población (IBIDEM: 21).

En algunos estudios se ha encontrado que hay mujeres que son violentas con su pareja, más, los resultados indican que en la mayoría de los casos son los hombres los agresores, siendo sus ataques más graves y con mayor frecuencia (Koss M: 1990).

“Muchos estudios muestran que la violencia a la mujer por parte de su pareja afecta la salud de la víctima, tanto por las lesiones físicas, como, por la afectación mental, siendo un factor de riesgo para la salud a largo plazo” (Golding M, 1998: 14;99-131)

En la literatura científica la Violencia Intrafamiliar se equipará a la Violencia Doméstica, Violencia de Pareja y Violencia Conyugal, términos que abarcan la violencia hacia la mujer. En el presente estudio, la autora utiliza estos términos indistintamente.

Aunque la Violencia Doméstica no se restringe al maltrato a la mujer por su pareja, sí es la forma más frecuente, razón por la cual, en ella se centra este trabajo.

3.1.1. Concepto de violencia intrafamiliar.

Se concibe la violencia intrafamiliar como “toda acción u omisión que transforma en maltratantes las relaciones entre los miembros de la misma familia, causando daño físico, emocional, sexual o económico a uno o varios de ellos” (Ricoet *al.*, 1999:29).

Son aquellos actos que lesionan o amenazan la vida, libertad y dignidad de una persona, por el abuso que ejerce sobre ella un miembro de su familia (Lemaitre, 2000; Manrique, 2007).

3.1.2. Clasificación de la violencia doméstica.

Según, las Normas y Protocolos de Atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida, (2009), el estudio y comprensión de la violencia doméstica se clasifica en varios tipos, entre los cuales tenemos:

Violencia física. - Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación.

Violencia psicológica. - Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.

Violencia sexual. - Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

Violencia patrimonial o económica. - Constituye una forma de violencia que coarta la libertad física porque impide a la persona el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente. Ejemplo: Vender los bienes sin el consentimiento de la persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero.

3.1.3. Tácticas utilizadas por los agresores.

Según Sarquis, C. (2005), el objetivo de los malos tratos es el poder y el control por parte de la persona que los inflige. La agresión constante a la autoestima de la víctima erosiona su autoimagen

y la mujer termina creyendo que es “culpable” del maltrato de su pareja y se siente inútil, sin esperanza e incapaz de sobrevivir sin su agresor.

Entre las tácticas usadas por los agresores de la pareja se encuentran las siguientes:

- Uso de la intimidación
- Uso de malos tratos emocionales.
- Uso del Aislamiento.
- Negación, minimización, culpabilización.
- Uso de los niños.
- Uso de privilegios masculinos.
- Uso de malos tratos económicos.
- Uso de la coacción y amenazas.

3.1.4. La dinámica de la violencia intrafamiliar (VIF)

En el año 1979, L. Walker psicóloga, realizó un estudio sobre la violencia intrafamiliar, llegando a la conclusión que, al ser aisladas y golpeadas, optan por cambiar los hechos, haciendo una minimización de la violencia, pero pasado un tiempo este control empezaba a reducir y el maltrato regresa.

Walker, formula una teoría en la que explica que la violencia intrafamiliar posee varias fases o etapas, reconoció que las mujeres agredidas no están constantemente siendo lesionadas y que la mujer no está siendo lastimada por casualidad. La violencia Intrafamiliar no es aislada, es un patrón cíclico con etapas que se repiten consecutivamente a lo largo de la relación

3.1.5. Teoría de la impotencia aprendida.

La Dra. L. Walker (2012) formuló la teoría de la ‘impotencia o indefensión de la mujer maltratada, basándose en los hallazgos conducidos por los experimentos realizados con unos perros por el psicólogo y escritor, Dr. Martin Seligman y sus colegas, en la Universidad Cornell, en el 1967. El Dr. Seligman expuso por primera vez la condición psicológica reconocida como “Impotencia aprendida”, explica como la mujer que ha experimentado la violencia queda incapacitada para controlar su voluntad, a través del tiempo, desarrollando así la condición de impotencia aprendida.

Esta condición previene el que una mujer maltratada pueda percibir o actuar cuando se les presenta una oportunidad para poder escapar de la violencia. Se basa en la hipótesis de que tempranas influencias sociales en una mujer facilitan la condición psicológica de impotencia, lo que hace que las mujeres se sientan incapaces de poder controlar positivamente sus vidas. Walker expone el que la “impotencia aprendida” es la responsable de la deficiencia cognoscitiva emocional y conductual que se observa en la mujer maltratada, es lo que le afecta negativamente y le retiene en la relación abusiva.

Características de la impotencia aprendida:

1. El maltrato repetitivo disminuye en la mujer su capacidad para responder, se convierte en sumisa. Su personalidad pasa a ser pasiva.
2. La habilidad cognoscitiva para percibir el éxito cambia en la mujer. Ella no cree que su respuesta le traerá resultados favorables, así lo sean o no.
3. La mujer maltratada no creerá que nada de lo que ella haga alterará el futuro o su destino.

El sentido de bienestar emocional pasa a ser precario y se vuelve más propensa a la depresión y a la ansiedad.

3.1.6. Teoría del ciclo del maltrato.

De acuerdo a Walker L, (2012) la victimización prevalece debido al ciclo de la violencia. La teoría prueba que el maltrato no es al azar o constante, que más bien ocurre en ciclos repetitivos, compuestos por tres fases, que podrían tener un lapso de tiempo de algunos meses de duración.

A continuación, se explica las diferentes etapas del Ciclo de la Violencia:

Fase de Tensión Acumulativa: La víctima intenta calmar a su agresor, se muestra comprensiva, trata de ayudarlo haciéndole razonar o se mantiene silente para que se calme. Se va apartando sin darse cuenta de sus grupos de apoyo, amistades y familiares. Trata de ser agradable, pasiva, retirada y se esfuerza por hacer las cosas como al agresor le agradan o le complacen. La acumulación de tensión comienza a intensificarse con ciertos episodios de abuso verbal y subidas

de voz, que se hacen más frecuentes, cuando se da paso al siguiente período. El alcohol o las drogas son siempre elementos agravantes.

Fase de Maltrato Agudo: La tensión acumulada genera un estado de rabia descontrolada, con episodios de abuso físico y sexual, por lo general. El agresor abusa de su pareja, la insulta, le grita, abusa sexualmente, le pega, la humilla, maltrata, rompe o destruye pertenencias, por lo general valiosas para la víctima, la amenaza, etc. La mujer se siente desamparada, se ve en la necesidad de protegerse de quien ella confiaba para protegerle, se siente aterrorizada, queda terriblemente herida, el dolor la paraliza, queda totalmente indefensa y no reacciona razonablemente.

Fase de Calma y Reconciliación: Se caracteriza por la ausencia de tensión o violencia, el cual adquiere un valor positivo. El agresor percibe la pérdida de confianza de la víctima, la ve vencida y sin esperanzas; por miedo a perder quien le nutre el ego, la responsabiliza por lo sucedido, le culpabiliza y se excusa a sí mismo, cambia su actitud hacia la víctima, buscando la manera de retenerle, insiste en su inocencia y la llena de esperanza haciéndole creer que todo puede continuar bien. Se da un periodo de aparente complacencia y consideración, de parte del agresor. La catarsis que había dado paso a la rabia descontrolada que pudo haber envuelto la intervención policiaca o el arresto, se transforma en docilidad, remordimiento y trata de ser perdonado, a través de regalos y consideraciones hasta que las tensiones comienzan a acumularse de nuevo, comenzando nuevamente la primera fase.



3.1.7. Factores de la violencia intrafamiliar.

Sevilla A, la violencia puede ser estudiada desde varios enfoques, los mismos que a continuación, la autora describe:

-Perspectiva biológica: Lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales o anormalidades en el metabolismo de la serotonina pueden predisponer a la agresión.

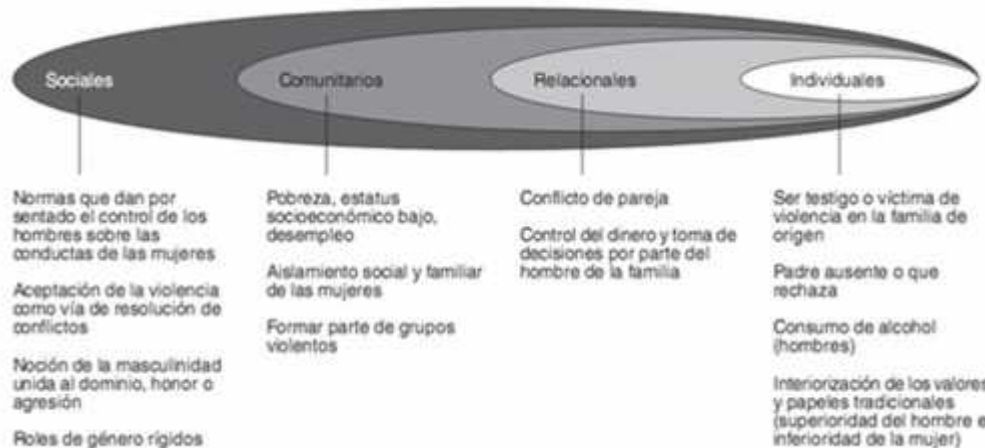
-Perspectiva psicológica: Los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol.

-Perspectiva psiquiátrica: Los testigos y víctimas de violencia presentan altas tasas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático. El abuso de sustancias y de alcohol, así como los trastornos de personalidad limítrofe o antisocial incrementa de manera considerable el riesgo de violencia. La violencia y el suicidio se encuentran relacionados.

-Perspectiva del contexto específico: Hay diferencias en la expresión de la violencia en áreas rurales y en áreas urbanas debido a que los estresores en dichos ambientes son distintos.

-perspectiva social: Hay evidencia de que los aspectos sociales juegan un papel muy importante en la expresión de las conductas violentas, como es el caso de la transmisión intergeneracional de la violencia.

Uno de los modelos de violencia más aceptados sobre la VIF es el modelo ecológico (Heise L, et ál, 1999), en el que se analiza diferentes factores que favorecen la violencia contra las mujeres, sobre la base de una organización social basada en la desigualdad y el dominio de los hombres sobre las mujeres, que acepta la violencia como forma de resolver los conflictos, existiría una serie de factores que interactúan para la aparición o no, de la violencia de pareja.



3.1.8. Repercusiones en la salud mental.

Las consecuencias del maltrato a las mujeres puede conllevar la aparición de numerosas repercusiones en la salud mental, como abuso de alcohol y drogas, depresión y ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y de culpa, fobias y trastornos de pánico, inactividad física, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicosomáticos, tabaquismo, conducta suicida y autodestructiva, conducta sexual e insegura (Becker-Dreps et al., 2010; Beeble, Sullivam & Bybee, 2011).

Según los datos de la OMS (2013) referente a la salud mental, la exposición a eventos traumáticos que genera la violencia contra la mujer, puede causar estrés, miedo y desolación, lo que puede provocar depresión e intentos de suicidios. La exposición temprana de violencia y otros traumas pueden jugar un rol importante para predecir la violencia y la depresión. Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tienen problemas psicológicos moderados o graves. Y además dentro de la población de mujeres maltratadas existen diferencias significativas tomando en cuenta por ejemplo el tipo de maltrato al que han estado expuestas (Beeble et al., 2009; Graham-Bermann, Sularz & Howell, 2011).

Pero todas estas repercusiones en la salud de la mujer dependerán del tipo de severidad/duración del maltrato (Beeble et al., 2009; Echeburúa, 2009; Fletcher, 2010; Goodman et al., 2005; Graham-Bermann et al., 2011; Jones et al., 2001; Labrador et al., 2004; Pico-Alfonso et al., 2006). La gravedad de los efectos sobre la salud de las mujeres no necesariamente está relacionada con el tipo de maltrato que han sufrido “señalan que la duración sería un predictor”, (Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa & Corral, 2007). Sin embargo, otros autores señalan que las agresiones sexuales por parte de la pareja sí darían una diferencia significativa en la salud de las mujeres comparando con las aquellas mujeres que han sufrido agresiones físicas y psicológicas Babcock et al., 2008). Por otro lado, la duración del maltrato sería otro indicador diferenciador en las repercusiones de la salud mental de la mujer, algunos autores como, “*indica que a partir de una muestra de mujeres maltratadas comparándolas por grupo etario, las mujeres jóvenes a pesar que el maltrato no duró tantos años como el grupo de mujeres adultas, el riesgo vital era mayor debido a que la violencia era más grave.* (Sarasúa y Corral. 2007.:459-466).

3.1.9. Violencia desde un punto de vista psicológico.

Erich Fromm en su obra “Anatomía de la destructividad humana” trata esta inquietante cuestión con hondura y amplitud en la obra más original y trascendente de su brillante carrera. Que declaran la destructividad del hombre herencia de sus antepasados animales, y los conductistas como Skinner, para quien no hay rasgos humanos innatos y todo se debe al condicionamiento social. Concediendo que hay un tipo de agresión que el hombre comparte con los animales El hombre violento tiene un problema psicológico o psiquiátrico que le hace sentir más vulnerable, inseguro y con baja autoestima, por lo cual siente la necesidad de compensarlo mediante la violencia, enfrentándose con su pareja. A partir de aquí, hay terapeutas que buscan las causas de la violencia, en la infancia del sujeto y en los problemas que vivió al crecer, asumiendo que, si vio violencia en el hogar, él mismo será violento, y suponen que al resolver el problema psicológico el hombre dejará de ser violento con su pareja, pues las causas estarán solventadas.

Se sabe que el vermis cerebelo el córtex prefrontal en el sistema límbico en personas que recibieron maltrato en la infancia y al aflorar en la madurez se presenta diferentes trastornos antisociales descritos por Jorge A. Arroyo Ch. (2013: p. 9, 10)

3.1.10 Los efectos emocionales de la violencia.

Definición de los efectos emocionales en la mujer violentada

Las emociones como dice el artículo Goleman, D. (1996: 36) “La inteligencia emocional”. Y nos habla “*Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia*”. Esto se habla de un estado y un concepto biológico y si hablamos en el contexto psicológico el mismo autor señala “el ser humano es la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación: Robert Plutchik, (1980) quien identificó y clasificó las emociones, de ello se forma básicamente 6 tipos de categorías que son:

- “El Miedo: Anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad.
- La sorpresa: Sobresalto, asombro, desconcierto. Es muy transitoria. Puede dar una aproximación cognitiva para saber qué pasa.
- La Aversión: Disgusto, asco, solemos alejarnos del objeto que nos produce aversión.
- La Ira: Rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad.
- La Alegría: Diversión, euforia, gratificación, contentos, da una sensación de bienestar, de seguridad.
- La tristeza: Pena, soledad, pesimismo.
- La alegría: Nos induce hacia la reproducción (deseamos reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien).
- A la tristeza: Nos motiva hacia una nueva reintegración personal.

3.2. ANSIEDAD

La psicología relativa a la emoción es rica en perspectivas diversas e incluso opuestas sobre la naturaleza y función de las emociones humanas. Todos los teóricos de la emoción que aceptan la existencia de emociones básicas coinciden en considerar el miedo como una de ellas (Öhman & Wiens, 2004). Como parte de nuestra naturaleza emocional, el miedo se produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica. Advierte a los individuos de una amenaza inminente y de la necesidad de una acción defensiva (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003). Sin embargo el miedo también puede ser maladaptativo cuando se produce en una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial. En consecuencia, dos son las cuestiones fundamentales para cualquier teoría de la ansiedad: cómo distinguir la ansiedad del miedo y cómo determinar cuál es la reacción normal frente a la anormal.

3.2.1. Definición de ansiedad.

Muchas expresiones lingüísticas diferentes se refieren a la experiencia subjetiva de la ansiedad, palabras tales como “miedo”, “susto”, “pánico”, “aprensión”, “nervios”, “preocupación”, “horror” o “terror” (Barlow, 2002). Esto ha generado cierta confusión e inexactitudes en el uso habitual del

término “ansioso”. Sin embargo, cualquier teoría de la ansiedad que espere ser útil para la investigación o tratamiento de la misma debe distinguir claramente el “miedo” de la “ansiedad”.

Barlow (2002), en su influyente volumen sobre los trastornos de ansiedad, afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción”. La ansiedad, por el contrario, se definía como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”.

La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck et al., 1985: 9).

Barlow y Beck coinciden en que el miedo es un constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. Beck, subrayan la naturaleza cognitiva del miedo y Barlow (2002) se centra en los rasgos neurobiológicos y conductuales más automáticos del constructo. Sobre la base de estas consideraciones, se presentan las siguientes definiciones de miedo y ansiedad como pauta para la terapia cognitiva.

La ansiedad es un sistema complejo de respuestas conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir modo de amenaza), que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan muy aversivas por que se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrollable que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (David A. Clark Aarón T. Beck 2012: 23)

La ansiedad, por otra parte, describe un estado más duradero de la amenaza o la “aprensión ansiosa” que incluye otros factores cognitivos además del miedo como la aversividad percibida, la incontabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados (Barlow, 2002).

Los trastornos de ansiedad son más propensos a concurrir con unos trastornos que con otros. Gran parte de la investigación sobre la comorbilidad se ha centrado en la relación entre la ansiedad y la

depresión. El 55% aproximadamente de los pacientes con un trastorno de ansiedad o de depresión presentaba, como mínimo, otro trastorno de ansiedad o de depresión, y este índice escalaba hasta el 76% cuando se consideran los diagnósticos de la vida completa (Brown & Barlow, 2002).

De allí que de la ansiedad ya como trastorno se derivan varios tipos y tomaremos en cuenta de los que más se acercan al tema de violencia específicamente del trastorno de estrés postraumático y del trastorno de ansiedad generalizada agorafobia se encuentran trastornos como las fobias (salvo la agorafobia) , el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés agudo, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, la agorafobia anotaremos por no ser causas principales en la violencia de género que es el tema principal de esta obra.

3.2.2. Factores causales de la ansiedad.

Síntomas fisiológicos.

Como se observa en la Tabla 1.3, muchos de los síntomas de la ansiedad son de naturaleza fisiológica y reflejan la activación de los sistemas nerviosos simpático (SNS) y parasimpático (SNP). La activación del SNS es la respuesta fisiológica más prominente en la ansiedad y provoca los síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, el aumento de fuerza en los músculos esqueléticos, el aumento del ritmo cardíaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal (Bradley, 2000).

Todas estas respuestas fisiológicas periféricas se asocian con la activación, pero originan varios síntomas perceptibles como los temblores, tiritones, turnos de sofocos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular (Barlow, 2002).

Síntomas. Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; respiración entrecortada, respiración acelerada; dolor o presión en el pecho; sensación de asfixia; aturdimiento, mareo; sudores, sofocos, escalofríos; náusea, dolor de estómago, diarrea; temblores, estremecimientos; adormecimiento,

temblor de brazos o piernas; debilidad, mareos, inestabilidad; músculos tensos, rigidez; sequedad de boca.

Síntomas Psicológicos.

Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a “enloquecer”; miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; percepciones de irrealidad o separación; escasa concentración, confusión, distracción; estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; poca memoria; dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

Síntomas conductuales.

Evitación de las señales o situaciones de amenaza; huida, alejamiento; obtención de seguridad, reafirmación; inquietud, agitación, marcha; hiperventilación; quedarse helado, paralizado; dificultad para hablar.

Síntomas afectivos.

Nervioso, tenso, embarullado; asustado, temeroso, aterrorizado; inquieto, asustadizo; impaciente, frustrado.

3.2.3. Modelo cognitivo de la ansiedad.

La perspectiva de la ansiedad se centra en el concepto de vulnerabilidad, definían vulnerabilidad “como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad”. En los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se magnifica por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales (Beck, Emery y Greenberg 1985: 67-68).

En la ansiedad, este aumento de la sensación de vulnerabilidad es evidente en las valoraciones sesgadas y exageradas que hacen los individuos del posible daño personal en respuesta a señales que son neutrales o inocuas. Esta valoración primaria de la amenaza conlleva una perspectiva errónea que sobrestima enormemente la probabilidad de que se produzca el daño y la gravedad percibida del mismo.

Rachman (2004) señalaba que los individuos asustadizos son mucho más propensos a sobrestimar la intensidad de la amenaza, lo que consecuentemente les conduce a la conducta de evitación. Al mismo tiempo los individuos ansiosos no logran percibir las señales de seguridad de las situaciones de amenaza evaluada y tienden a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado (Beck et al., 1985, 2005). Esta revaloración elaborativa secundaria, sin embargo, se produce inmediatamente como resultado de la valoración primaria de la amenaza, y en estados de ansiedad amplifica la percepción inicial de la amenaza. En consecuencia, la intensidad de un estado de ansiedad depende del equilibrio entre la propia valoración inicial de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontamiento y de la seguridad. El nivel o intensidad de la ansiedad puede expresarse del siguiente modo:

Ansiedad elevada - probabilidad/gravedad de la amenaza + afrontamiento y seguridad.

Ansiedad baja - probabilidad/gravedad de la amenaza + afrontamiento y seguridad.

Ansiedad moderada - probabilidad/gravedad de la amenaza + afrontamiento y seguridad.

Beck y Greenberg (1988) señalaban que la percepción de peligro acciona un “sistema de alarma” que conlleva procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos primales que evolucionaron a fin de proteger nuestra especie de los daños y peligros físicos (véase también Beck, 1985). La movilización conductual para manejar el peligro puede conllevar la respuesta de lucha o huida (alejamiento o evitación), pero también puede consistir en otras conductas instrumentales como la de solicitar ayuda, adoptar una postura defensiva o negociar para minimizar el peligro (Beck et al., 1985, 2005). La activación autónoma y otras respuestas fisiológicas que se producen durante la vulnerabilidad a la amenaza son aspectos importantes de este sistema de defensa reflejo primario. La presencia de la ansiedad activa la movilización conductual para manejar la amenaza percibida. Aunque esta movilización conductual primal se generó como respuesta rápida y eficiente ante el peligro físico, puede dificultar la actuación real cuando se activa en situaciones benignas o en las complejas, difusas y estresantes circunstancias de la sociedad contemporánea.

La movilización del sistema de defensa primal puede tener, además, efectos adversos si se interpreta como señal de un trastorno grave, como cuando la persona con trastorno de angustia malinterpreta un elevado ritmo cardíaco y lo considera señal de un posible infarto miocárdico.

La ansiedad, por lo tanto, es el producto de un sistema de procesamiento de información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar del individuo. La centralidad de la asignación de sentido de amenaza (es decir, procesamiento de información) se ilustra detalladamente en un ejemplo presentado por Beck et al. (1985, 2005). La mayoría de los individuos podrían caminar tranquilamente sobre una barra de 15 centímetros de ancho sin ningún miedo, si estuviera colocada a unos pocos centímetros del suelo. Sin embargo, si eleváramos la barra a 30 metros del suelo, la mayoría de los individuos sentirían miedo y se negarían a caminar sobre ella. Lo que explica las diferentes experiencias emocionales en estas dos situaciones es que los individuos evalúan como muy peligroso el hecho de caminar sobre la barra colocada a 30 metros de altura. Dudan también de si mantendrán el equilibrio o si sentirán mareos o vértigo una vez que hayan avanzado unos pocos centímetros a lo largo de la barra. Aunque la barra esté a diferentes alturas. (Beck et al., 1985; D.M. Clark & Beck, 1988: 70-71).

3.2.4. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

La persona con este trastorno se preocupa constantemente por temas de la vida cotidiana como por ejemplo el trabajo, la salud, la situación económica. Están siempre anticipando lo peor y solo llegar al final del día representa una tarea tediosa.

“la característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observa durante un periodo de 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones”

Otros síntomas son la dificultad para concentrarse, relajarse o dormir. También presentan irritabilidad, dolores de cabeza, tensión muscular y náuseas.

Otros desórdenes de ansiedad, depresión y abuso de drogas pueden acompañar a este trastorno.

3.2.5. Ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Un estudio llevado a cabo por Gleason (1993) compara la presencia de trastornos mentales según criterios DSM III, entre 62 mujeres maltratadas, 30 se encontraban en refugios y 32 en sus propias casas, viviendo con o sin el agresor.

En relación a los trastornos de ansiedad, el autor encuentra que la fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático, presentan una prevalencia de vida significativamente mayor en la muestra total de mujeres maltratadas que en la muestra epidemiológica.

Las mismas variables predictoras encontradas para la depresión, predicen el desarrollo de este trastorno en mujeres maltratadas, esto es, el tiempo de permanencia en una casa de acogida correlaciona de manera negativa con el desarrollo de trastorno obsesivo compulsivo, y la exposición al maltrato en la infancia o adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación, correlacionan de manera positiva (Villavicencio & Sebastián, 1999: 38).

“Explica la agorafobia como el resultado de la asociación entre la ansiedad y las percepciones negativas acerca de sí mismas desarrolladas por las mujeres maltratadas, y como un esfuerzo por reducir la ansiedad al mantenerse alejadas de cualquier estímulo que puede resultar peligroso, del mismo modo, el trastorno obsesivo compulsivo es explicado como un esfuerzo por defenderse de la ansiedad a través de las conductas compulsivas y como un intento por dominar la situación abusiva por medio de los pensamientos obsesivos acerca del agresor” (Gleason, 1993: 8 (1):53-68).

Otra explicación apunta a que las víctimas de violencia doméstica tenderían a bloquear o evitar los recuerdos de la experiencia traumática con conductas obsesivo-compulsivas Villavicencio & Sebastián (1999). Por otra parte, no parece claro el significado de las fobias específicas, si bien la alta tasa de trastornos mentales presentes en las víctimas de violencia doméstica podría favorecer la aparición de este tipo de trastornos Gleason (1993). Es probable que el miedo experimentado en los episodios de violencia doméstica se asocie a ciertos estímulos presentes en la situación traumática, generándose una fobia a esos estímulos. Al trastorno de estrés postraumático se hará referencia a continuación.

Compartir la vida con una pareja violenta, tiene profundo impacto en la salud de la mujer, lo que sobrelleva al riesgo de desarrollar enfermedades que se manifiesten en su inmediato y largo plazo en las mujeres. En un estudio llevado a cabo por (Amar y Ocampo 2012), en mujeres maltratadas se encontró que las manifestaciones somáticas de la ansiedad, dieron como resultado puntuaciones

altas. En otro estudio realizado por Blasco, Sánchez y Martínez (2010), cuyo objetivo fue evaluar en 91 mujeres víctimas de violencia el curso de la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y el comportamiento suicida durante un periodo de tres años de seguimiento, encontraron una estrecha relación entre las mismas.

3.3. DEPRESIÓN.

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

La depresión es uno de los trastornos más comunes en las mujeres maltratadas tal como nos indican una serie de investigaciones, Fletcher, 2010; Howard, Trevillion & Agnew-Davies, 2010; Fletcher, y otros (2010).

Las teorías cognitivas plantean que la depresión es análoga a la indefensión aprendida, la persona aprendería a no tener control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirían sin que puedan evitarlos, así el desarrollo de la depresión, una baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas sería el cuadro que caracterizaría a las mujeres maltratadas (Labrador et al., 2004).

Por último, los síntomas de depresión, como la apatía, la pérdida de la esperanza y la sensación de culpabilidad, contribuyen a hacer aún más difícil la decisión de marcharse o, cuando menos, de buscar una solución. A las mujeres que se culpan a sí mismas de los abusos les cuesta mucho más acudir a un centro asistencial, a la policía o a un abogado en busca de ayuda. El refuerzo de ciertas conductas inadaptadas conduce al mantenimiento de la depresión en el maltrato doméstico, ya que el refuerzo negativo mantiene la depresión cuando una conducta depresiva trae como consecuencia una reducción de los malos tratos por parte del agresor (Echeburúa, 2009).

3.3.1. Factores causales de la depresión.

Teoría biológica.

La importancia del factor hereditario en la aparición de Trastornos del espectro depresivo se demuestra por la asociación entre el grado de consanguinidad y la probabilidad de diagnóstico. (Sarason y Sarason, 2006).

En una investigación de Sullivan (2002, citado por Butcher, Mineka y Hooley 2006) en una revisión de aproximadamente 21.000 gemelos monocigóticos, se encontró que si uno sufría una depresión mayor unipolar, su contraparte tiene el doble de probabilidades de sufrirla.

Otro tipo de estudios es utilizando el método de adopción para investigar la influencia genética sobre los trastornos del estado de ánimo. Uno de los más importantes mencionados por Butcher, Mineka y Hooley (2006) es el de Wender et al (1986), en el cual se encontró, que la depresión unipolar aparecía siete veces más entre los parientes biológicos de niños adoptados y que tenían una depresión severa, que entre los parientes biológicos de niños de control también adoptados. Esto pone en claro la existencia de cierta contribución genética para el trastorno de depresión.

Factores bioquímicos.

Existe evidencia que niveles anormales de distintos neurotransmisores como serotonina, norepinefrina, dopamina y demás neurotransmisores aminérgicos están involucrados en la fisiopatía de la Depresión (Sarason y Sarason 2006)

En el trastorno depresivo mayor se ha demostrado a través de diversos ensayos clínicos una reducción significativa en el número de transportadores de Serotonina de pacientes con depresión mayor. (Van Praag, 1998: 81-88)

La serotonina ejerce una importante acción en el estado de ánimo, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia (Guadarrama, Escobar y Zhang., 2006). Concordando con el hecho que durante un episodio depresivo disminuya significativamente el desempeño en estas áreas. El BDIII presenta ítems donde se revisan algunos de estos parámetros. (Guadarrama, L. Escobar, A. Zhang, L. (2006: 66-72).

Los tres grupos de antidepresivos (inhibidores de la monoaminoxidasa IMAO, tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina ISRS), potencian la actividad sináptica de serotonina inhibiendo la recaptación del neurotransmisor o su degradación, sustentándose así que el sistema serotoninérgico desempeña un papel importante en la fisiopatología de la depresión (Arango, Escobar y Pimienta., 2004: 165)

La norepinefrina por su parte, involucrada en procesos de vigilia, toma su parte en Trastornos Depresivos cuando se da una alteración de la misma. De tal manera el estrés crónico genera depresión reactiva, resultando que las reservas de norepinefrina en el Locus Coeruleus tienden a disminuir, lo que conduce a mantener el estado de depresión, en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar. (Guadarrama, Escobar y Zhang., 2006: 185).

Funcionalmente, la norepinefrina parece estar relacionada con un número de procesos psicológicos, entre ellos la estabilización del estado de ánimo, la regulación del sueño, estado de alerta y activación, y en la respuesta a estresores que pueden iniciar o exacerbar la sintomatología depresiva (Goodale, 2007: 50- 19)

Con respecto a la Dopamina, la reducción de la actividad dopaminérgica se ha asociado con la anhedonia, menor motivación y pérdida de interés. Las vías mesocorticolímbicas de Dopamina parecen ser fuentes reguladoras fundamentales del placer y la capacidad de disfrute. El estriato ventral y el córtex prefrontal parecen ser regiones dopaminérgicas importantes relacionadas con la motivación. Una disfunción del sistema mesocorticolímbico de la Dopamina podría agravar los síntomas de anhedonia, apatía, y pérdida de interés observados en la Depresión Mayor (Goodale, 2007: 22)

Mientras que la serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y funciones cognitivas, la dopamina está involucrada en la función motriz. Las tres catecolaminas son sin duda fundamentales para un funcionamiento adecuado neurobiológico. De modo que dependiendo de la interacción en la producción y captación de las mismas se pueden dar alteraciones en el estado de ánimo.

3.3.2. La teoría cognitiva de Beck.

A más de 40 años de su formulación es una de las teorías acerca la depresión más importante y tomada en cuenta por el medio científico. Surgida de un contexto el cual consideraba que los síntomas relacionados con la depresión eran principalmente los de índole emocional, Beck plantea que es la parte racional la que precede y provoca los síntomas afectivos. Es decir, son los pensamientos negativos la parte más importante y destacable de la depresión y no las bajas tasas de reforzamiento (como propone la teoría conductista).

Según Beck (2002), el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1. La triada cognitiva, 2. Los esquemas y 3. Los errores cognitivos.

La triada cognitiva. - consiste en la visión negativa que realiza la persona de tres realidades: acerca de si mismo, del mundo y del futuro. Para Beck (2002), los signos y síntomas del síndrome depresivo serían una consecuencia de los patrones cognitivos negativos, realizados en estas tres instancias. El paciente responde y se prepara a una situación como si la misma realmente fuese a ocurrir, debido a sus creencias de que realmente van a ocurrir. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado). Esta anticipación sesgada por las creencias del individuo, pueden explicar según Beck (2002) los síntomas motivacionales, dependencia e incluso los síntomas físicos de la depresión.

Los Esquemas. - Se refieren a la organización estructural en el pensamiento depresivo. Se refieren a patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad y las interpretaciones que se crean en base a un determinado conjunto de situaciones. El esquema es la base que le permite a una persona enfrentarse a una circunstancia, ya que permite transformar los datos en condiciones, permitiendo localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Según Baldós (2009) los esquemas cognitivos influyen de modo fundamental en la información que la persona atiende, preside, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. Por esta razón, Beck (2002) plantea que, en los estados psicopatológicos, en este caso la depresión, las conceptualizaciones que tienen los individuos acerca de determinados sucesos se distorsionan de tal modo que se ajustan esquemas inadecuados e irracionales. Estos esquemas hacen que la persona pierda gran parte de control

voluntario sobre su proceso de pensamiento y por tanto se muestre incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

Según Beck (2000) los esquemas se agrupan en torno a un modelo de tres instancias: las creencias centrales, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos. Las creencias centrales se refieren a los esquemas y formas de pensamientos que se encuentran muy aferrados y se consideran como ciertos. Estos determinan el modo en que la persona se posiciona en el mundo, lo interpreta y reacciona ante él. Las creencias intermedias se refieren a las reglas, actitudes y presunciones que se derivan de las creencias centrales. Los pensamientos automáticos son la manifestación (no del todo consciente) de las creencias centrales e intermedias, las cuales aparecen siempre ante un estímulo específico, pero ya conocido desde antes, que predisponen al sujeto a reaccionar de esa manera.

Errores cognitivos. - en el procesamiento de información. De manera conjunta con las creencias distorsionadas que alimentan el trío cognitivo negativo, el mismo puede mantenerse a costa de diversos errores o sesgos cognitivos de carácter negativo. Cada uno de ellos supone un procesamiento sesgado de la información (Butcher, Mineka, Hooley, 2007). Beck (2002) opina que los mismos mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la presencia de evidencia contraria. Entre ellos se encuentran:

Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye, o que la evidencia sea contraria a la conclusión misma.

Abstracción selectiva. El hecho de centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando las características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a este fragmento (el cual siempre negativo)

Generalización excesiva. Se refiere a elaborar una regla general en base a una conclusión específica de uno o varios hechos aislados y aplicar el concepto a situaciones inconexas.

Maximización y minimización. Se refiere a la sobre importancia que se le da a un hecho negativo, como también a la denigración u olvido sobre un hecho positivo.

Personalización se refiere a la tendencia para atribuirse asimismo fenómenos cuando no existe una base firme para realizar tal conexión

Pensamiento absolutista, dicotómico. Se refiere a la tendencia en clasificar cada experiencia según una o dos categorías opuestas. En el caso de la depresión se seleccionan las categorías del extremo negativo.

De esta manera, cada factor de la teoría de Beck se encuentra enlazado uno con otro, al punto que lo que predispone la manifestación de síntomas depresivos no sería la aparición de factores aislados entre sí, sino la interrelación existente entre los esquemas, el trío cognitivo negativo, y los errores de procesamiento de información. En este sentido Butcher, Mineka y Hooley (2007: 233) señalan que cada uno de los componentes la teoría cognitiva actúa como un reforzador de los demás.

3.3.3. Depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Durante aproximadamente dos décadas, la coexistencia entre agresión continuada y síntomas depresivos ha sido analizada. Por ejemplo, en un estudio con 50 mujeres que habían padecido violencia de género, el 38% cumplía criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, con tasas significativamente más altas para aquellas mujeres que padecieron un maltrato psicológico respecto las que vivieron una situación de maltrato físico (O'Leary, 1999).

Otros investigadores afirman que más del 50% de mujeres que han padecido violencia por parte de sus parejas cumplen criterios para la depresión clínica, con tasas que llegan al 80% (Riggs, Caulfield y Street, 2000).

Más concretamente en España, en un estudio con 126 mujeres que padecieron maltrato físico o sexual, un 64% superaron el punto de corte establecido para el diagnóstico de depresión en el inventario de depresión de Beck, sin que hubiera diferencias entre los tipos de agresión padecida (Echeburúa et al., 1997).

En otro estudio realizado en España, con una muestra de 270 mujeres participantes, se observó que las mujeres que habían vivido una situación de violencia de género mostraban un mayor número de síntomas depresivos que aquellas que no pasaron por dicha experiencia (Matud, 2004).

Por otra parte, Rincón et al. (2004) encontraron en la muestra de mujeres de su estudio una tasa de depresión del 85,7%.

La mayor parte de estudios clínicos señalan una prevalencia de la depresión clínica de entre un 38% y un 47,6% en mujeres víctimas de violencia, (Golding, 1999; O'Leary, 1999). Sin embargo, en estudios más actuales, los porcentajes se incrementan hasta niveles del 71% y el 87,2%, (Infante, Francisco, Castaño y García, 2005; Patró, Corbalán y Limiñana, 2007). Según Golding (1999), dicha variabilidad en los datos viene explicada por la utilización de diferentes instrumentos de medida y la diversidad de las muestras utilizadas.

Según el último estudio publicado por el FRA Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, (2014) hasta un 55% de las encuestadas, víctimas de violencia de género, mostraban síntomas depresivos desde la edad de 15 años.

En definitiva, tal y como ya comentamos en los apartados previos, existen una gran cantidad de estudios que analizan la presencia de depresión clínica y estrés postraumático en las mujeres que padecen violencia de género y que, aunque muestran importantes niveles de variabilidad, señalan también la importante prevalencia de estos trastornos entre ellas.

3.3.4. Depresión Mayor.

La presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto; El DSMIV- TR nos dice:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia (sueño excesivo) casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes), casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
10. Estos síntomas "provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo."

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica.

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor”

La diferencia que existe entre la Distimia y la Depresión Mayor es que la Distimia no cumple todos los síntomas que debe cumplir una Depresión Mayor para considerarse como tal. Es decir, existen una serie de características que podrían llevarnos a diagnosticar una depresión, pero no cumple toda la cantidad de características necesarias para que podamos considerar que nuestro paciente o cliente tiene una depresión mayor. La Distimia es una depresión leve.

3.4. AUTOESTIMA.

3.4.1. Definición de la autoestima.

Al respecto, Rosenberg (2000), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

3.4.2. Formación de la autoestima.

Rosenberg (2000), coincide con lo antes mencionado, al afirmar que la autoestima se forma a consecuencia del autoconcepto y autocontrol. Explica el autor que el autoconcepto abarca las ideas que el individuo desarrolla acerca de lo que es realmente. Estas ideas se formaron de acuerdo con las experiencias que tienen con las personas que les rodean; es decir, como son tratados por ellos y en función de esto comienzan a comportarse. Por ello, la retroalimentación que reciben de los padres es un factor esencial en el proceso de la formación del autoconcepto y por ende, de la autoestima.

Durante este periodo, las experiencias provistas por los padres y forma de ejercer su autoridad, así como la manera como establecen las relaciones de independencia son esenciales para que el individuo adquiera las habilidades de interrelacionarse contribuyendo en la formación de la autoestima, por lo cual, los padres deberán ofrecer al individuo vivencias gratificantes que contribuyeron con su ajuste personal y social para lograr beneficios a nivel de la autoestima.

Agrega el mismo autor, que el proceso de formación del autoconcepto no resulta siempre en una autoimagen positiva o negativa; todo ello dependerá de factores tales como el proceso de identificación, madurez del individuo y el desarrollo corporal, espiritual y moral. A medida que el individuo se va desarrollando, comienza a entender que el es diferente a otros y reconocen cuáles son sus cualidades y limitaciones. Explica que no todos los individuos desarrollan las habilidades cognitivas que afectan el autoconcepto a la misma velocidad, puesto que la habilidad para pensar de forma abstracta puede desarrollarse a lo largo de la dispersión de utilizar más conceptos diferenciados.

En relación al autocontrol, explica Rosenberg (2000) que los individuos aprenden a dirigir su propio comportamiento como parte fundamental del desarrollo. La mayoría de los padres están de acuerdo que una característica que mas les importa es como el individuo regula su conducta.

El desarrollo del autocontrol parece estar relacionado con la autoestima tanto directa como indirectamente, puesto que algunos estudios han demostrado que los individuos con alta autoestima tienen fuertes sentimientos de eficacia personal y de control propio.

Concluye el autor señalando que las experiencias de la infancia, la interrelación con los padres y las oportunidades que tengan los individuos, son esenciales en el proceso de desarrollo del autoconcepto, del autocontrol y por ende, de la autoestima.

3.4.3. Dimensiones de la autoestima.

Afirma Rosenberg (2000: 23; 24;25), que la autoestima presenta tres componentes fundamentales:

➤ Cognoscitiva.

El componente cognitivo indica idea, opinión, creencia, percepción y procesamiento de la información. Se refiere al autoconcepto definido como opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre la conducta.

El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima. Las restantes dimensiones, afectiva y conductual, camina bajo la luz que les proyecta el autoconcepto, que a su vez se hace servir y acompañar por la autoimagen o representación mental que en sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras. Se relaciona con el nivel cognitivo del sujeto, es decir sus pensamientos y creencias sobre sí mismo, respondiendo a las percepciones y creencias y opiniones que el individuo tiene o expresa de sí mismo. La opinión que los sujetos tengan de su competencia, es fundamental para obtener una ejecución adecuada en los distintos ámbitos de su vida. Las experiencias de éxito o fracaso, bajo un juicio de capacidad o incapacidad, crean actitudes que favorecen u obstaculizan el óptimo desarrollo de sus capacidades. Se refiere a la representación mental que se forma de si misma, es decir al conocimiento que se tiene de los rasgos de la personalidad, de lo que se quiere, se busca, desea y hace.

➤ **Afectiva.**

Esta dimensión conlleva la valoración de lo que cada persona hay de positivo y negativo implica un sentimiento de la favorable o de la desfavorable, de la agradable o desagradable que ven si mismos cada sujeto. Es un juicio de valor sobre las cualidades personales.

Comprende el conjunto de afectos que el individuo detenta hacia si mismo, expresado en sus sentimientos y emociones adociadas a su condición o valía propia. Implica el manejo del autocontrol y de los afectos asociados a la situación vivencial. El componente afectivo emocional, se denomina auto aprecio, autoevaluación, y autovaloración. Se refiere al proceso de evaluarse, apreciarse y valorarse a si mismo y lo que se siente al respecto. Y ello lo hacemos dentro de unos continuos con dos extremos opuestos: bueno y malo, justo a injusto, aceptable y rechazable y desagradable, entre otros.

➤ **Conductual.**

El tercer elemento integrante de la autoestima es el conductual, significa tensión de actuar, de llevar a la practica un comportamiento consecuente y coherente. Es el proceso final de toda su dinámica interna.

Consiste en el conjunto de conductas que emite el individuo tanto a nivel de su propia conducta como en torno a los que le rodean, y que reflejan su auto valía personal. E intenciones conductuales del individuo frente al objeto actitudinal; es decir, la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera, determinando una intención conductual o componente activo de la actitud. El componente conductual, es el elemento activa, instigador de conductas coherentes con los conocimientos y efectivos o nosotros mismo. Términos como independientica, autonomía y autodirección son adecuados para determinar este componente.

3.4.4. Niveles de la autoestima.

Rosenberg (2000; 25; 26 y 29), agrega que las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente, dado que cuentan con expectativas diferentes sobre el futuro, reacciones afectivas y autoconcepto, denotado niveles altos, medios y bajos de autoestima.

➤ **Autoestima alta.**

Comprende el nivel de autoestima donde el sujeto refleja un autoconcepto positivo sobre su imagen corporal, así como de sus competencias en su vida social y afectiva. Se muestran seguros, acertados, eficientes, capaces, dignos y demuestran estar en disposición para lograr las metas, resolviendo problemas y demostrando habilidades de comunicación. Afronta los nuevos retos con optimismo, intentando superar el miedo y asumiendo responsabilidades.

Se dice que una persona posee una autoestima alta cuando se valora positivamente y está satisfecha con sus capacidades, habilidades y acciones realizadas, las personas con alta autoestima tienen confianza de su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos o dificultades que experimente, conocen cuáles son sus fortalezas, y saben identificar sus habilidades, por lo que intentan mejorarlo, siendo la crítica que se hace a sí mismo de manera constructiva. La autoestima alta surge de las experiencias positivas, vividas por el individuo que producen seguridad, aceptación y confianza suficiente para sentirse satisfechos consigo mismo, y capaz de desempeñarse y relacionarse adecuadamente en todas sus áreas, trayendo consigo expectativas apropiadas sobre sí mismo, alcanzando en un futuro una estabilidad emocional, social, laboral y personal.

Cuando una persona posee una autoestima, su objetivo fundamental es alcanzar el éxito, ya que fortalecen su mente para lograr superar los obstáculos que se le puedan presentar, y en el caso de fallar, poder tomar la experiencia como un aprendizaje más para que no vuelva a ocurrirles, haciéndoles capaces de equivocarse y de aprender de sus errores para así lograr superarse.

➤ **Autoestima media.**

Comprende a los individuos que muestran similares características a los de autoestima alta pero de menor intensidad, siendo además estos rasgos cognoscitivos, afectivos y conductuales menos consistentes y menos afectivos que los sujetos de autoestima alta.

Las personas que tienen una autoestima media muestran conductas inapropiadas que evidencian dificultades en el autoconcepto. Estas conductas pueden ser positivas, como lo es el caso de mostrarse optimistas y capaces de hacer crítica constructiva, sin embargo, las personas con una autoestima media presentan tendencias a sentirse inseguros en cuanto a su valía personal, se

muestran exteriormente fuertes y capaces de lograr cualquier objetivo, anqué puede ser el caso de que en su interior estén completamente inseguros de poder hacerlo, logrando que su gran confianza llegué a ceder en estos momentos críticos.

Las personas con una autoestima de nivel medio logran vivir de una manera parcialmente independiente en relación a las personas que lo rodean, se dice que parcialmente debido a que dado el caso de que las persona se siente apoyando para la realización de determinada acción, su autoestima se reforzara, y cuando no es apoyada ni ayudada, su autoestima se debilitará, perdiendo el grado de confianza que requiere poseer una alta autoestima.

➤ **Autoestima baja.**

Son aquellos quienes reflejan una actitud negativa hacia si mismo y hacia el mundo, no sintiéndose orgullosa a consciente de su valía, mostrándose limitado en sus relaciones sociales, así como sumisos a la voluntad de otros, dada la inseguridad que experimenta en sus interacciones, dando muestra de problemas en autoconcepto y autocontrol.

Las personas con baja autoestima usan prejuicios, se sienten acorralados, amenazados por lo que tratan de defenderse y amenazan a los demás, dejan dirigir su vida por los demás, se estancan no aceptan su evolución, no conocen sus sentimientos, los reprimen o deforman lo que les impide a su vez aceptar los sentimientos, de los demás, no aceptan su error, ni reconocen sus derechos y obligaciones, diluyendo sus responsabilidad al no enfrentar su crecimiento y viviendo de manera mediocre, no se autoevalua, necesita de la aprobación de los demás y se pasa emitiendo juicios hacia si mismo y hacia los demás.

Sostiene que la baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, dependen de los resultados presentes para establecer cómo deben sentirse con respecto a sí mismos, necesitan experiencias externas positivas para contrarrestar los sentimientos negativos que albergan hacia ellos mismos por lo general son renuentes al cambio y son incapaces de amar a otros ya que a sí mismo no se ama, el individuo llega a ser prisioneros psicológicos de su propia autoimagen negativa.

Maneja su agresividad destructivamente y lastimándose y lastimando a los demás. Están en una continua búsqueda de reunir información emocional desagradable de si mismo, originando

temores, frustraciones, miedos, rabias, impotencias. Suelen desarrollar una máscara que lo protege ilusoriamente de la confusión y desorientación que le provoca la vergüenza internalizada. Esta máscara con que se presenta al mundo puede tomar diferentes formas por las que esta persona reclama, demanda de manera insatisfecha, un reconocimiento del otro.

Algunos estudios indican que el nivel de autoestima de las mujeres que han padecido violencia de género es menor que la población general, sin que haya diferencias en función del tipo de maltrato padecido (Echeburúa et al., 1997).

Una de las explicaciones que se han dado a la pérdida de autoestima en este grupo de mujeres sería la facilidad de autoinculpación respecto a los hechos, lo que da lugar a que muestren una menor confianza en sí mismas Dutton et al., (1994). *“Además, sabemos que algunas formas de violencia, como el maltrato psicológico, se dirigen especialmente a la víctima para generar un estado de indefensión y baja autoestima en ella”* (Alonso et al., 2010:65).

3.4.5. Autoestima en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

El estudio realizado en España con 126 mujeres víctimas de violencia doméstica al que ya se ha hecho alusión, encuentra que su grado de autoestima es escaso, por debajo de la población normal, sin existir diferencias significativas entre las mujeres que han vivido maltrato físico o las que exclusivamente han padecido maltrato psicológico (Echeburúa et al., 1997:105).

Lynch & Graham-Bermann (2000) llevan a cabo un estudio en el que comparan 57 mujeres que han vivido maltrato en el último año, 40 mujeres que han vivido maltrato alguna vez en su vida, pero no durante los últimos 12 meses, y 16 mujeres que nunca han sido maltratadas, en variables como maltrato físico, maltrato psicológico, autoestima y autoafirmación, entendida esta última como aquellas fuentes de gratificación que ayudan a la persona a establecer una imagen positiva de sí misma (trabajo, familiares, amigos, hijos). Encuentran que la violencia psicológica y la autoafirmación, predicen de manera significativa el nivel de autoestima de las mujeres que actualmente viven maltrato. La violencia física no actúa como predictor en este grupo de mujeres. En los otros dos grupos, ni la autoafirmación ni ningún tipo de violencia se relacionan con la autoestima. Según los autores, es probable que las mujeres que han vivido violencia doméstica puedan volver a depender sólo de su valoración personal para tener un nivel adecuado de

autoestima, sin requerir otras fuentes de afirmación, al cabo de un año de haber dejado la relación de maltrato.

Se ha visto que como variables predictoras del desarrollo de baja autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica que viven en casas de acogida, se encuentra el tiempo de permanencia en la casa y la percepción de apoyo social actual, ambas variables relacionándose de manera negativa; es decir, tener personas con quien hablar de la situación vivida y de los problemas que van surgiendo, y sentirse segura y respaldada, proporcionaría un mayor grado de bienestar aumentando la autoestima Villavicencio & Sebastián, (1999:98).

Una explicación posible al desarrollo de una baja autoestima en las víctimas de violencia doméstica, se relaciona con la tendencia de ellas a culparse por lo sucedido, de manera tal que pierden la capacidad para confiar en sí mismas Dutton et al., (1994). A esto pueden sumarse las constantes críticas y descalificaciones a que son sometidas por parte del agresor y el aislamiento que suelen padecer, que las priva de relaciones con otras fuentes de refuerzo social, Lynch & Graham-Bermann, (2000).

Las consecuencias clínicas negativas del maltrato de pareja, son documentadas en múltiples estudios y entre estos factores que son afectados por la violencia, se encuentra la autoestima. En un estudio de 212 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, realizado en Madrid por Labrador et al. (2010), se encontró que un 73,8% de la muestra presento baja autoestima, lo cual se considera un elevado porcentaje. Los autores explican en la afectación de la estima por la autocrítica de estas mujeres, que, al no sentirse capaces de romper el ciclo de la violencia, se sienten culpables y fracasadas. Además, la violencia emocional a través de los mensajes reiterados de parte el agresor, de que son inútiles y que no sirven para nada, “*anula su capacidad para tomar decisiones*”, proveyéndolas de una baja creencia de sí mismas.

Esta concepción puede verse confirmada a través de los hallazgos de que las mujeres que experimentan abusos físicos y emocionales en su vida diaria, suelen desarrollar una respuesta de estrés cuando son atacadas, Matud, Gutierrez y Padilla, (2004).

3.5. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).

El TEPT según el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R) APA (2000) es un trastorno de ansiedad en el que la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas a su integridad o la de los demás y la persona ha respondido con un temor, una desesperación o un horror intensos. Además, la persona reexperimenta el acontecimiento, evita persistentemente los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tiene síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal), los cuales no existían antes del trauma y todo esto se prolonga más allá de un mes.

Los criterios diagnósticos clínicos internacionalmente utilizados son el de clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) OMS, (1992) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R) APA, (2000).

Según el DSM-IV-R, el TEPT aparece cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de lo demás y ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Los síntomas que caracterizan a este trastorno son tres:

- a) La reexperimentación del acontecimiento traumático: las personas tienden a revivir intensamente el acontecimiento en forma de imágenes y recuerdos constantes e involuntarios, episodios de flashbacks, en los cuales se retoma la experiencia con un alto grado de realismo, a veces con carácter alucinatorio, pesadillas o sensación de estar reviviendo la experiencia, malestar psicológico e hiperactividad fisiológica ante la exposición a estímulos vinculados al suceso. Este factor parece ser el más específico del trastorno.
- b) La evitación de estímulos asociados. Los cuales se pueden dividir en dos factores: la evitación propiamente dicha (cognitiva y motora) de estímulos o situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático, y el embotamiento de la capacidad de respuesta al medio exterior. El primer componente (evitación) es específico del TEPT, pero también es de los trastornos

fóbicos. El segundo componente (embotamiento) no es específico del TEPT puesto que se encuentra en otros trastornos como la depresión.

c) Un estado de hiperactivación que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad, problemas en el sueño, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada. Este factor no es exclusivo del TEPT, pues también se produce en los trastornos de ansiedad. (Robles & Medina, 2008).

Según el DSM-IV-R, la presencia de estos síntomas debe provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona y prolongarse más de un mes. Si los síntomas duran menos de 3 meses es un TEPT de carácter agudo, y si duran más de 3 meses de carácter crónico. Por otro lado, dependiendo del inicio de los síntomas en comparación a la fecha del acontecimiento traumático, puede ser de inicio demorado si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses (APA, 2000).

Según el CIE-10, OMS, (1992), este trastorno surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. Algunos ejemplos de estos eventos serían las catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, violación o de otro crimen. A la vez, ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición.

Los síntomas característicos del TEPT serían los episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reminiscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse o evitarse las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Para el CIE-10 el estado de

hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, el incremento de la reacción de sobresalto e insomnio, se añade una ansiedad y depresión, donde no son raras las ideaciones suicidas. También el consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante. Sobre la duración del trastorno para el CIE-10, se da desde que se comienza el evento traumático hasta unos meses, lo cual no llega a superar los 6 meses, el trastorno en pocos casos puede seguir un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (OMS, 1992).

A pesar que ni el DSM-IV ni CIE-10 recogen específicamente la violencia de género como uno de los acontecimientos que pueden desencadenar este trastorno, a pesar de ello existen una serie de investigaciones que señalan que el TEPT es la principal repercusión en salud mental para la mujer maltratada (Amor et al., 2001; Arias, 2004).

3.5.1. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar produce serias consecuencias en la salud mental de sus víctimas. Entre las principales se encuentran el trastorno de estrés postraumático, depresión, abuso o dependencia de sustancias, baja autoestima, cogniciones postraumáticas, déficit en solución de problemas, inadaptación y suicidio o ideación suicida. De todos estos problemas los más importantes, debido a su elevada frecuencia, son el TEP y la depresión, que se encuentran en promedio en tasas de prevalencia de un 63.8% y un 47.6%, respectivamente (Golding, 1999: 99- 134)

Esto último puede deberse a que los principales modelos que han orientado las intervenciones con víctimas de malos tratos, son modelos explicativos del problema de la violencia intrafamiliar, estos modelos que intentan dar cuenta del porqué de la conducta violenta del agresor y/o del mantenimiento de la víctima en la situación de violencia, centrándose en variables del agresor, de la víctima y/o de la relación que permitan explicar el fenómeno.

Entre las intervenciones que abordan las consecuencias de la violencia intrafamiliar, son pocas las que se centran en el TEP, a pesar de que parece el diagnóstico que mejor describe el conjunto de síntomas que padecen las mujeres maltratadas.

Las víctimas de violencia intrafamiliar que desarrollan TEP presentan ciertas características específicas en cuanto a los síntomas postraumáticos y a otros problemas psicopatológicos

desarrollados. Un estudio llevado a cabo por Echeburúa, Corral & Amor (1998), encuentra que la inadaptación a la vida cotidiana es mucho más marcada en víctimas de violencia doméstica que en víctimas de agresiones sexuales, así como también la aparición de depresión. A su vez, las víctimas de agresiones sexuales presentan mayores niveles de ansiedad. Los síntomas más frecuentes encontrados en las víctimas de violencia doméstica fueron: Recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso al recordar el maltrato, pérdida de interés en actividades que antes eran significativas y sensación de futuro desolador, todos ellos presentes en más del 75% de las mujeres que desarrollaron TEP o su subsíndrome. Asimismo, entre el 50% y el 75% de ellas presentaba malestar fisiológico intenso al recordar el maltrato, evitación de pensamientos y sentimientos asociados al maltrato, sensación de distanciamiento respecto a los demás, insomnio, irritabilidad y dificultades de concentración (Echeburúa, Corral & Amor, 1998). Estos resultados coinciden con los hallados “*en una muestra de 100 mujeres australianas víctimas de violencia intrafamiliar, cuyos síntomas más frecuentes fueron: Recuerdos intrusivos sobre el maltrato, evitación de pensamientos y sentimientos acerca del maltrato y dificultad para conciliar o mantener el sueño*” (Mertin & Mohr, 2000: 15 (4), 411-422).

Diversos estudios señalan que el TEPT es el trastorno más frecuentemente manifestando por las víctimas de violencia intrafamiliar (Aguirre, et.al., 2010). Estas mismas investigadoras realizaron un estudio con 42 mujeres maltratadas, donde encontraron que la prevalencia de la sintomatología de estrés postraumático se presentaba en 66,7% de ellas, un 45,5% presentaba TEPT, y un 26,2% reunía los criterios de subsíndrome de estrés postraumático.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. METODOLOGÍA.

La presente investigación se enmarca dentro el área de la psicología clínica resaltando que es una rama de la psicología general. Se encarga de la investigación, evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental (Pérez & Merino, 2008).

Como también la detección, prevención, mantenimiento y desarrollo de la salud mental de los individuos, grupos sociales y de la comunidad a través de diferentes instrumentos psicológicos.

Por tanto, se propone, determinar las características psicológicas de mujeres víctimas que sufren de violencia intrafamiliar, que acuden al SLIM “Servicio Legal Integral Municipal” de la ciudad de Tarija, posteriormente se realiza la recolección de información, a través de los diferentes instrumentos utilizados, y se determina el impacto que produce la violencia intrafamiliar.

4.2. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Por las características y el objetivo que conlleva la presente investigación, se tipifica como una investigación de carácter:

- Descriptiva. porque se busca detallar, las características y propiedades acerca de las consecuencias psicológicas de mujeres objeto de violencia intrafamiliar. La investigación de tipo descriptiva “*busca desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. El objeto consiste en llegar a conocer la situación, especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier población*” (Hernández, Fernández, & Btista, 2010: 80).

Por tanto, la investigación especifica los niveles de la ansiedad, depresión, autoestima y estrés postraumático que presentan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten al SLIM de la ciudad de Tarija.

Para el análisis de resultados el método empleado es el **método cuantitativo**, utilizado en la recolección de datos y para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

El método cualitativo, se seleccionó con el propósito de examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Punch,2014; Encyclopedia of Educational. Psychology, 2008; y DeLyser, 2016).

En el análisis de resultados el método que se empleó es el **método Hipotético Deductivo** el cual es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad a una práctica científica.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.3.1. Población.

La investigación estuvo constituida por mujeres víctimas de violencia intrafamiliar las cuales abarcan la población de mujeres solteras, casadas, en concubinato, divorciadas, separadas y viudas que son víctimas por algún tipo de violencia las cuales son tipificadas por la ley 348 las mismas son las siguientes, física, psicológica, sexual, económica y mediática que son agredidas por algún miembro de la familia como ser esposo, concubino, cuñado/a, suegro/a, hijo/a, hermano/a, primo/a, nieto/a, tío/a, etc., las mismas acuden al SLIM, ubicada en el barrio La Loma de la ciudad de Tarija.

Los datos proporcionados son emitidos por el Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM) del primer semestre de la gestión, en los cuales se tiene 652 casos de violencia intrafamiliar en la gestión 2017.

4.3.2. Muestra.

Para la selección de la muestra en esta investigación se utilizó el muestreo no aleatorio intencional, según Ander, E. (1991), “este tipo de muestra supone o exige un cierto conocimiento del universo a estudiar; su técnica consiste en que el investigador escoge –intencionalmente y no al azar– algunas categorías que él considera representativas del fenómeno a estudiar”.

Este muestro permitió seleccionar a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM, a realizar denuncias a la institución, considerando previamente su consentimiento de formar parte de la investigación.

Por lo que la muestra estuvo constituida por 70 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que corresponden a un porcentaje del 10,7% de la población total.

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

4.4.1. Métodos.

Método teórico: Se utilizó en cada etapa del proceso de investigación proporcionando información con bibliografía científica existente acerca de las variables a estudiar, fue empleado especialmente en la construcción del marco teórico como en el análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

Método Empírico: el aporte al proceso de investigación fue el resultado fundamental de la experiencia y la observación, ya que permitió corroborar lo que indicaban las mujeres víctimas de violencia en el momento de las entrevistas, y evaluar con los instrumentos correspondientes a cada variable, así también, se evidencio que presentaban síntomas de depresión, estrés postraumático y autoestima baja.

Método estadístico: Es la utilización del método científico por la estadística como un método científico de investigación teórica. El fundamento de este método lo constituye la aplicación y el desarrollo de las ideas de la teoría como una de las disciplinas, la información obtenida fue procesada y tabulada, dando lugar a la expresión de los datos a través de escalas numéricas, frecuencias relativas de las diferentes variables plasmadas en cuadros de frecuencia y porcentajes correspondientes al análisis general de los datos obtenidos en la presente investigación,

4.4.2. Técnicas.

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos fueron:

Escala: Se suele utilizar para hacer referencia al instrumento elaborado para medir variables tales como actitudes, intereses, preferencias opiniones etc. Y se caracteriza por respuestas de forma escalar (0,1,2,3,4,5 Likert), donde los sujetos responden eligiendo, sobre una escala de categorías graduadas y ordenadas, aquella categoría que mejor represente su posición respecto a aquello que se está midiendo, no hay respuestas correctas o incorrectas y la puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a las categorías elegidas por los sujetos.

Inventario: Es un instrumento elaborado para medir variables de personalidad, con un listado de problemas o síntomas, las respuestas no son correctas o incorrectas, lo único que demuestran es la confiabilidad o no de los sujetos con los enunciados de los ítems.

Grupos focales: El grupo focal es una herramienta de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. El secreto consiste en que los participantes puedan expresar libremente su opinión sobre diferentes aspectos de interés en un ambiente abierto para el libre intercambio de ideas. Huerta (2014: 1).

Entrevista: la modalidad de la aplicación de la entrevista es del tipo semidirigida por que se realiza la orientación de la misma, para evitar no cuartar la libre expresión de las personas, del mismo modo obtener valiosa información que respaldan los instrumentos aplicados, para lo cual se elaboraron 16 preguntas dirigidas a identificar las consecuencias de la violencia intrafamiliar.

4.4.3. Instrumentos.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron los siguientes:

La escala y el test fueron escogidas por ser los más aptos para recoger información sobre el tema principal de investigación.

➤ Test de ansiedad de Aaron Temkin Beck.

El BAI Beck, Epstein, Brown y Steer, (1988: 16) estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001: 15), es un instrumento de auto-reporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. El BAI ha demostrado una alta consistencia interna (alfas superiores a 0,90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0,60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0,50). Las propiedades psicométricas del BAI en población mexicana presentan una alta consistencia interna (alfas de Chorach de 0,84), un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0,75$), validez convergente adecuada (índices de correlación entre el BAI y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado –IDARE– moderados y positivos) y una estructura factorial de cuatro factores principales denominados: a) subjetivo, b) neurofisiológico, c) autonómico y d) pánico.

La ansiedad es uno de los componentes más relevantes de las alteraciones psicofisiológicas de la clasificación neológica actual. Presenta indicadores específicos que la diferencian claramente del

miedo y de cualquier otra alteración psicopatológica. Sin embargo, su sola presencia no indica cotidianos, teniendo un efecto temporal y limitado sobre el funcionamiento biosocial.

Se explica que lea cada grupo con atención, y elija la frase de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Se explica la marcación en la casilla que está a la izquierda de la frase que haya elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que se considere aplicable, se señala aquella que haya tenido una mayor frecuencia en las dos últimas semanas.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

0–21 - Ansiedad baja

22–35 - Ansiedad moderada

Más de 36 - Ansiedad severa

Análisis de validez y confiabilidad de los instrumentos

La validez reporta una buena consistencia interna (Crombach $\alpha=0.92$) y un coeficiente de confiabilidad del test retest de una semana de 0.75.

Beck realiza estudios sobre el conocimiento psicométrico del inventario de ansiedad. En el primero aplicaron la confiabilidad test rest y para la validez examinaron una muestra de 40 pacientes que representaban desordenes de ansiedad. En el segundo realizaron un análisis correlacional multirasgos multimetódicos de la validez convergente y discriminatoria de BAI, en 71 pacientes con trastorno de ansiedad, donde los dos rangos eran depresión y ansiedad.

Los resultados establecieron que el BAI tuvo una alta consistencia interna Crombach $\alpha=0.94$ la correlación de Pearson del test retest con un lapso de 0.67. Estos análisis confirman que la escala representa una elevada consistencia interna suficiente confiabilidad.

Validez externa

La tabla 3 muestra las asociaciones entre el BAI total, sus sub-escalas y el HADS-A. Las correlaciones fueron positivas y significativas (r de Pearson de 0,85 a 0,19, $p < 0,05$). La correlación entre el BAI y el índice ECOG mostró correlaciones inversamente proporcionales (r de Pearson de -0,36 a -0,22, $p < 0,05$).

El test de ansiedad de Beck (BAI) mostró ser un instrumento válido y confiable en la detección de síntomas ansiosos y se han hecho estudios minuciosos sobre la validez del mismo.

➤ **inventario de depresión de Aaron Temkin Beck.**

El test de Beck de depresión, es el quinto test más utilizado por los psicólogos (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.

Se ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, (1994) y CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, (1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Se han llevado a cabo varias muestras de tamaño moderado o alto, extraídas en su mayor parte en España en su versión en español. Los ítems presentan altas saturaciones en un factor o dimensión básica de depresión. Las puntuaciones presentan una alta fiabilidad, estimada mediante diseños de consistencia interna. La validez convergente con otras medidas de depresión es adecuada.

Es un cuestionario auto administrado de 21 ítems que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. El cuestionario no lleva más de 10 minutos poder rellenarlo y el resultado es una puntuación directa que oscila entre 0 y 63 marcando la severidad de la depresión desde leve hasta una depresión extrema.

Su puntuación es:

Entre 0 y 10 puntos se considera que la persona ha tenido leves altibajos bastante normales y está por completo fuera de peligro.

Entre 11 y 16, una leve perturbación del estado anímico que posiblemente el psiquiatra tomará como poco preocupante.

Entre 17-30 una depresión moderada.

De 31 a 40, una depresión grave, y entre 40-73, una depresión extrema.

Consistencia interna. - El análisis de la consistencia interna del BDI arrojó un coeficiente alfa de 0,83, lo que indica una muy buena consistencia interna para el BDI en esta muestra y es muy similar a los coeficientes encontrados en la literatura con muestras semejantes (entre 0,78 y 0,92; véase Beck, Steer y Garbin, 1988). Las correlaciones entre las puntuaciones en cada uno de los ítems y la puntuación total corregida en el BDI (es decir, la puntuación total sin tener en cuenta el ítem en cuestión) se presentan en la Tabla 2. Los coeficientes de correlación ítem-total hallados fueron todos estadísticamente significativos, oscilando entre 0,19 para el ítem de Pérdida de Peso y 0,54 para el ítem de Insatisfacción. La media de las correlaciones interítems fue 0,19, con un mínimo de 0,02 y un máximo de 0,48, siendo la desviación típica de 0,07.

Fiabilidad. - La fiabilidad test-retest se halló en tres grupos distintos de sujetos pertenecientes a la muestra total ($n=237$, 157 y 79). Estos tres subgrupos participaron en otros tantos estudios llevados a cabo por el equipo de investigación. En el primero, Vázquez, Avia, Alonso y Fernández (1989) hallaron una correlación test-retest de 0,72 con un intervalo de un mes ($n=237$). Con un intervalo de 3 meses, Sanz y Graña (1991) obtuvieron correlaciones entre 0,60 ($n=157$) y 0,69 ($n=79$). En los tres casos los coeficientes fueron estadísticamente significativos y similares a los de otros estudios; por ejemplo, Bourque y Beaudette (1982) encontraron un coeficiente de 0,62 a los 4 meses con una muestra de 447 universitarios, y Oliver y Burkham (1979) hallaron un coeficiente de 0,78 a las 3 semanas con una muestra de 222 universitarios.

Validez de contenido. - Diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del *episodio depresivo mayor* del DSM-IV (APA, 1994) y también reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema

de la APA (Problemas de peso/apetito y Problemas del sueño). El síntoma de Trastornos psicómotores del DSM-IV es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (Criterio C) con el ítem referido a problemas laborales –véase un análisis más detallado en Vázquez y Sanz (1997a). Por lo tanto, el BDI tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV.

Validez convergente. - Sanz (1994, 1996) con submuestras extraídas de la muestra total permiten obtener algunos datos preliminares sobre la validez convergente de la versión española del BDI de 1978. Para ello, se utilizó, junto al BDI, la versión española de la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS; véase Conde y Franch, 1984).

En los dos estudios citados de Sanz (1994, 1996), los sujetos fueron estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, mayoritariamente mujeres (89,7% y 84,6%, respectivamente) y con medias de edad alrededor de los 22 años. Por necesidades específicas del diseño, en ambos estudios la SDS fue aplicada entre 3 y 4 meses después de haberse aplicado el BDI. A pesar del intervalo temporal entre la administración de los dos instrumentos, en ambos casos los coeficientes de correlación entre el BDI y la SDS fueron altos, positivos y estadísticamente significativos [$r = 0,68$ ($n=104$) y $0,89$ ($n=39$), respectivamente, ambos significativos para una prueba bilateral con $p < 0,001$]. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones. Por ejemplo, los estudios realizados con estudiantes universitarios estadounidenses han encontrado correlaciones entre el BDI y la SDS que oscilan desde 0,62 hallado por Marsella, Sanborn, Kameoka, Shiguru y Brennan (1975) con una muestra de 259 sujetos, y 0,68 encontrado por Tanaka-Matsumi y Kameoka (1986) con una muestra de 391 sujetos, hasta un valor de 0,78 obtenido por Hatzenbuehler, Parpal y Mathews (1983) con 65 sujetos. Por su parte, Dobson (1985) halló una correlación de 0,76 entre el BDI y la SDS, en una muestra de 108 universitarios canadienses.

➤ **Escala de Autoestima de Rosenberg.**

Evalúa el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. El Dr. Morris Rosenberg era un profesor de sociología en la Universidad de Maryland a partir de 1975 hasta su muerte en 1992. Recibió su doctorado de la Universidad de Columbia en 1953 y también tuvo cargos en la

Universidad de Cornell y el Instituto Nacional de Salud Mental antes de aceptar el puesto en la Universidad de Maryland. Él es conocido por todo el mundo por su trabajo en la autoestima y el autoconcepto. Ha escrito y editado numerosos libros y artículos. Sus libros incluyen La sociedad y Auto-Imagen del Adolescente (1965), La concepción del Ser (1979), Psicología Social de la Auto-Concepto (1982), y la mente no leída: Descubriendo el misterio de la locura (1992). Con mucho, su obra más conocida es la prueba de autoestima de Rosenberg, que es una simple prueba de 10 preguntas, cada una con cuatro posibles respuestas de "muy de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo".

Formas de aplicación:

- Se puede aplicar de forma individual y conjuntamente
- Explicar la forma de llenar el cuestionario y el tiempo de aplicación
- Un ambiente adecuado, con un espacio físico y cómodo
- Establecer empatía o rapport con la persona para que favorezca la sinceridad y la honradez.
- Se les debe explicar que deben contestar cada ítem con total seriedad y honestidad.

Administración:

Es auto aplicable e individual.

Formas de calificación:

La escala de Rosemberg consta de 10 ítems, 5 de carácter directo, formulados en forma afirmativa, y 5 de carácter inverso, redactados en forma negativa. La escala fue diseñada para ser una medida unidimensional de autoestima.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos autoestima elevada: considerada como normal autoestima normal.

De 26 a 29 puntos autoestima media: no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos autoestima baja: existen problemas significativos de autoestima.

Fiabilidad.

Se relacionaba con las puntuaciones de la escala, se realizó una correlación de Pearson resultando no significativa la asociación entre edad y nivel de autoestima ($r = .07$, $p = .19$). Puntuaciones medias y variables demográficas La puntuación media de la escala fue de 34.91 (3.70). A los fines de comprobar si existía una tendencia a la aquiescencia en las respuestas, se calcularon la diferencia entre las puntuaciones medias de los ítems positivos y negativos. Los ítems positivos presentaron una puntuación media de 17.70 (1.95) en tanto que los ítems negativos de 17.21 (2.38). Las puntuaciones fueron muy similares, con una diferencia de 0.49, lo que indicaría que no hay una distorsión en las respuestas. Validez convergente y divergente, a los fines de evaluar la validez convergente, se realizó una correlación entre la escala de autoestima y las subescalas del inventario de inteligencia emocional EQ-I. La fiabilidad es del 0,80

Sin embargo, al validar factorialmente la escala, numerosos autores han observado ciertas anomalías teóricas y empíricas. Así, ya Carmines y Zeller (1979) al realizar un análisis factorial exploratorio en el que se observaron lo que parecían dos componentes sustantivos, los denominaron inicialmente autoestima positiva (factor que agrupaba los ítems positivos) y autoestima negativa (el factor que agrupaba los ítems invertidos). Sin embargo, y dado que ambos factores se relacionaban del mismo modo con diferentes variables externas, consideraron una interpretación alternativa: la posibilidad de que la solución de dos factores fuese un artefacto, debido al efecto de método asociado a los ítems invertidos. A partir en ese momento, sucesivas validaciones han encontrado evidencia empírica en diversos ámbitos para la solución de un factor, con presencia de efectos de método (Bachman y O'Malley, 1977, 1986; Marsh, 1996; Tomás y Oliver, 1999).

Confiabilidad.

La confiabilidad se estimó mediante el coeficiente alpha de Crombach. Con el propósito de obtener una visión más precisa del nivel de confiabilidad de la escala, se analizó si el alpha de esta se incrementaba con la eliminación de algunos de sus ítems. Para analizar la validez de constructo se

realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax. Para el análisis de los datos se utilizó el Paquete estadístico SPSS versión 15.02.

Validez interna.

Se utilizó el análisis factorial como técnica de validación, los resultados indicaron que la escala se ajustaba a un modelo unidimensional en los dos grupos estudiados. La consistencia interna resultó adecuada ($\alpha = .70$ y $.78$). No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones por género, estado civil o nivel de educación. La escala de autoestima evidenció una buena validez divergente con medidas de depresión y ansiedad y convergente con subescalas de la inteligencia emocional. Los niveles de consistencia interna, coeficientes alfas 0.70 y 0.78, son adecuados y conforme a los estudios de Schmidt y Allik, alfas entre 0.58 y 0.90) (Schmidt & Allik, 2005).

Validez Externa.

La muestra de carácter intencional se conformó por 313 personas adultas, 150 hombres y 163 mujeres, mayores de 18 años, edad media.

Propiedades psicométricas.

La evaluación unidimensional se sigue utilizando, aunque se limita, en general, a la escala de Rosenberg que, por su brevedad, es sumamente útil particularmente para investigaciones. La escala ha sido traducida y validada en castellano, es uno de los instrumentos psicométricos de evaluación de autoestima más utilizados a nivel mundial, con traducciones a varios idiomas, aplicaciones en países como España, Chile, y Argentina (Martín-Albo, Núñez, Navarro & Grijalbo, 2007; Góngora & Casullo, 2009; Rojas-Barahona, Zegers & Föster, 2009). La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87.

- **Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGSTEP) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasúa, (1997).**

La EGSTEP es una escala de evaluación heteroaplicada en forma de entrevista estructurada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos DSM-IV.

La Escala consta de 17 ítems, 5 referentes a síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. Está estructurada en un formato tipo likert de 0 a 3 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas, siendo el rango en la escala global de 0-51 puntos.

en la escala de reexperimentación de 0 -15 puntos presenta síntomas de reexperimentacion.

De 0 – 5 no presenta el síntoma.

En la escala de evitación de 0-21 puntos presenta síntomas de evitación.

De 0 – 6 no presenta el síntoma.

En la escala de aumento de la activación de 0-15 puntos presenta síntomas de aumento de la activación.

De 0 - 4 no presenta los síntomas.

El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica del trastorno es de 15 puntos en la escala global, 5 puntos en la subescala de reexperimentación, 6 puntos en la subescala de evitación y 4 puntos en la de aumento de la activación.

Las personas deben presentar al menos 1 síntoma de reexperimentación, 3 de evitación y 2 de aumento de la activación, siendo necesario puntuar en al menos 2 para ser considerado trauma. El diagnóstico del trastorno de estrés postraumático según la escala requiere la superación del punto de corte en la escala global, así como la del punto de corte de cada una de las escalas específicas. La fiabilidad de instrumento arrojó .89 test- retest, y un índice de consistencia interna un coeficiente alfa de Cronbach de .92 (Amor 2001), (Amor y Echeburúa et al., 2002). Según el análisis realizado en esta investigación el alfa de Cronbach fue de .91. Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Para el análisis de regresión logística se utilizó la variable dicotomizada, debido a que la variable no presentó una distribución normal, por lo que los valores fueron los siguientes: el valor 0 quienes presentan TEPT y 1 no presentan TEPT.

4.5. PROCEDIMIENTO.

Para la realización de la presente investigación se ejecutaron distintas fases las cuales se describen a continuación.

Etapa 1. Revisión bibliográfica

Esta fase consistió básicamente en la investigación, recopilación, actualización bibliográfica respecto a la temática. Para fundamentar el tema de estudio y la elaboración del marco teórico.

Etapa 2. Selección de los instrumentos.

Se analizaron y seleccionaron los diferentes instrumentos para la recolección de los datos que corresponden a los objetivos e hipótesis planteadas en la investigación.

Etapa 3. Selección de la muestra.

Posterior a la selección de los instrumentos se procedió a la selección de la muestra la cual fue constituida por 70 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM “Servicios Legales Integrales Municipales”, tomando en cuenta las características de la población y los criterios de selección en base a lo siguiente: haber sufrido violencia intrafamiliar, acudir al SLIM, haber denunciado los hechos de violencia y que estén dispuestas a colaborar con la investigación.

Etapa 4. Acercamiento a la muestra y aplicación de la prueba piloto.

Se realizó la aplicación de la prueba piloto en instalaciones de las oficinas del SLIM donde se tomaron las pruebas de acuerdo a la llegada de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a la institución, las pruebas se tomaron en la sala de espera las cuales duraron un tiempo aproximado de 40 minutos por cada sujeto, y luego fueron derivadas a los distintos equipos multidisciplinarios, para poder ser evaluados; no se encontraron dificultades en la aplicación de los diferentes instrumentos de evaluación, como ser test de ansiedad, test de depresión, inventario de autoestima, y la escala de estrés postraumático.

Etapa 5. Aplicación de los instrumentos.

Una vez realizada la prueba piloto, se procedió a la aplicación de los diferentes instrumentos, de acuerdo al orden establecido en los objetivos específicos, a 70 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten al SLIM “servicios legales integrales municipales” de la ciudad de Tarija.

Etapa 6. Procesamiento, análisis e interpretación de los datos.

Se realizó la corrección e interpretación de los instrumentos, también se realizó la tabulación, ordenamiento y sistematización de los datos obtenidos, caracterizados en las distintas variables de estudio. Presentación y descripción de los resultados en matriz de datos, cuadro de frecuencias y gráficas.

Análisis cualitativo y cuantitativo de los datos representados basados en los objetivos planteados.

Etapa 8. Formación y evaluación de los grupos focales.

A través de la formación de dos grupos focales, cada grupo de 5 personas, con el mismo se corroboraron los datos de los diferentes instrumentos utilizados en la investigación, esto para descartar sesgo, con la participación de la población de estudio donde relataron historias, vivencias que corroboran en la interpretación de resultados de los distintos instrumentos.

Etapa 7. Elaboración de conclusiones y recomendaciones

A través del análisis de los datos obtenidos, con los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación se hace referencia a la hipótesis planteada, si se cumple o rechaza. Se elaboraron también recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos acerca del impacto emocional en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten al SLIM.

Etapa 8. Elaboración del informe final

Una vez realizada las distintas fases y etapas de la investigación se procedió a la elaboración y posterior presentación del informe final.

CAPITULO V

**ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS**

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se realiza el análisis e interpretación de los resultados, obtenidos durante el proceso de recolección de datos a través de las pruebas utilizadas en la población de estudio, con la finalidad de demostrar resultados objetivos del proceso de investigación, en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de Tarija.

Los datos fueron organizados en cuadros de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la presente investigación, que identifican el nivel de ansiedad, el grado de depresión, el nivel de autoestima y por último la presencia de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Se realiza un análisis descriptivo de las características psicológicas de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de Tarija, haciendo mención a los datos estadísticos, las cuales están expresados en frecuencias de respuestas y porcentajes, que fueron calificados de acuerdo a los criterios específicos de cada una de las pruebas.

Como último punto, después de cada cuadro se realizó la descripción de los datos y la interpretación de los resultados de forma cualitativa, agregando al mismo dato referente al relato de los grupos focales, haciendo referencia a los más sobresalientes, y en paralelo se contrasta las hipótesis con el análisis, esto con el fin de confirmarlas o rechazarlas. El análisis de los resultados arrojados en las pruebas con la recolección de las mismas y en representación de los objetivos específicos se detectaron las características psicológicas de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM.

5.1. ANSIEDAD.

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico de la investigación, que indica: “*Describir el nivel de ansiedad que presentan las víctimas que sufren violencia intrafamiliar y asisten a los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de Tarija*”, se muestra la siguiente información:

CUADRO N° 2
NIVEL DE ANSIEDAD

ANSIEDAD		
Niveles	Frecuencia	%
Baja	6	9%
Moderada	22	31%
Severa	42	60%
Total	70	100%

Fuente: Test de ansiedad de Aaron Temkin Beck

Elaboración: Propia

La ansiedad es definida como un sistema complejo de respuestas conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, modo de amenaza), que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (David A. Clark Aarón T. Beck, 2012).

En el presente cuadro en el que se representan los valores generales del nivel de ansiedad en la población de estudio, se analizaron los datos más relevantes de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM de la ciudad de Tarija, en el que se observa que el 60%, de las mismas presentan **ansiedad severa**, lo cual indica que tienen reacciones cognitivas, conductuales y fisiológicas como exceso de hormigueo en el cuerpo en especial en la parte de atrás de la cabeza que las deja aturdidas e inquietas provocando irritabilidad; sudoración, en especial por las noches sin importar el clima, la sudoración se produce en la palma de las manos como en el pecho también en la parte frontal de la cabeza y es algo incontrolable e incómodo, del mismo modo presentan síntomas de taquicardia y opresión en el

pecho, indicando que les sucede con frecuencia al exponerse a acontecimientos dolorosos como situaciones de violencia, gritos, discusiones con sus parejas u otro miembro de la familia, o simplemente al salir a la calle, sienten un gran temor y con ello palpitaciones fuertes al sentirse observadas y en riesgo; el temor que tienen hacia sus agresores les provoca sentimientos de inseguridad, al igual sensación de ahogo, por lo general en las noches no pueden respirar sintiendo una opresión en el pecho y cuello. Así es como relatan textualmente algunas de las entrevistadas “*en las noches no puedo respirar, estoy durmiendo y de repente me despierto ahogándome y me levanto asustada, siento como si tuviera una piedra en el pecho, se tranca en mi cuello y no me deja respirar*”; “*me olvido de las cosas, siento que en mi cabeza caminan hormigas o que tengo gusanos, quisiera abrir mi cabeza y sacarme lo que hay, estoy como enojada, siempre me desespero y siento que mis brazos pierden fuerza*”; “*no puedo dormir, todas las noches me revuelco en la cama, me siento desesperada, confundida, aturdida, no tengo sueño y cuando estoy así no más siento que mi cabeza va a reventar*”; “*cuando escucho sonar la puerta me desespero y comienzo a temblar siento que me voy a desmayar porque no tengo fuerzas para seguir aguantando, tengo mucho miedo*”. También tienen problemas de concentración y sueño al no poder dormir, despertando en la madrugada, sentimientos de cansancio mental, problemas de relajación al igual que irritabilidad dolores de cabeza, tensión muscular y náuseas, a consecuencia de vivir en constante maltrato por parte de algún miembro de la familia, causando secuelas en la vida de las mismas.

Al respecto Irene Zubizarreta (2004:8), indica que, la violencia repetida e intermitente, entremezcladas con periodos de arrepentimiento y de ternura, suscitan una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes. La percepción de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal provoca una sensación de temor continua, dificultades de concentración, irritabilidad y un estado de hipervigilancia.

Asimismo, la víctima experimenta trastornos del sueño, pesadillas y pensamientos obsesivos en relación con el maltrato y el maltratador.

Mencionado los padecimientos y síntomas de ansiedad por las que atraviesa la población de estudio como respuesta a las agresiones a las cuales son sometidas constantemente, provocando complicaciones en el desarrollo de sus actividades y deteriorando su salud física y psicológica, por lo cual las mujeres por su condición misma de violencia y maltrato acuden de esta manera al SLIM con la esperanza de ser atendidas y ayudadas por las instancias correspondientes y con el propósito de parar la violencia y poder fortalecerse al romper el vínculo con sus agresores. La ansiedad que se evidencia en estos casos conjuntamente con un estado de intranquilidad y agitación crea la necesidad de solucionar el problema.

CUADRO N° 3
NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA

Nivel	Ansiedad*Violencia				Total
	Tipo de violencia				
	Violencia Física	Violencia Psicológica	Violencia Física y Psicológica	Violencia Psicológica y Económica	
Baja	2	1	3	0	6
	11%	4%	14%	0%	9%
Moderada	5	7	7	3	22
	28%	31%	32%	43%	31%
Severa	11	15	12	4	42
	61%	65%	54%	57%	60%
TOTAL	18	23	22	7	70
	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Test de ansiedad de Aaron Temkin Beck

Elaboración: Propia

Como se puede observar en el cuadro N° 2 , el porcentaje más relevante se da en el nivel de ansiedad severa donde, el 65 % de las mujeres encuestadas sufren violencia psicológica, seguidamente del 61 % de las mismas sufrieron violencia física, sin embargo, es importante mencionar que el 57 % de las víctimas sufren violencia psicológica y económica, como también se tiene que el 54 % de la población de estudio sufre violencia física y psicológica, por lo que se puede evidenciar que sin importar el

tipo de violencia sufrida esta genera niveles severos de ansiedad en las mujeres de estudio, esto debido al tiempo de violencia sufrida ya que la mayoría asegura haber sufrido de algún tipo de violencia desde la infancia, así también con la pareja desde el inicio de su relación, así es como relatan algunas de las entrevistadas: “ *mis papás y hermanos siempre me pegaban o gritaban, insultaba diciendo floja, no sirves para nada, greñuda y otros insultos, así que cuando me junté con mi pareja yo pensaba que era normal que me traté mal y hasta me pega, cuando escucho que grita me pongo a temblar y cuando él no llega sé que está tomando y es seguro que vendrá a hacerme problema, me desespero y comienzo a sudar sin querer*”; “ *desde chiquita trabajaba y siempre me trataban mal y cuando me case pensé que ya no sufriría pero era peor, el primero solo me insultaba me gritaba me hacía menos después ya no me daba plata para la comida, decía, si quieres comer trabaja y dale a tus hijos y de borracho me empezó a pegar y ahora hasta de sano me pega y insulta a mí a mis hijos*”; “ *desde que he empezado a vivir el me pegaba, me votaba, me obligaba a tener relaciones sexuales pegándome insultándome y así he vivido todos estos años y ahora me dice te voy matar y me persigue con machete cada vez que quiere y yo tengo mucho mido siento que mi corazón se saldrá, de noche no puedo dormir quiero aguar me, siento que en mi cabeza y cuello caminan hormigas o gusanos me quiero volver loca*”; “ *todos los días pienso en mis problemas no puedo hacer o pensar en otras cosas y de noche tengo pesadillas y despierto llorando y con dolor*”.

Corroborando lo mencionado, Huertas (2014: 123), menciona que, “las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras que otras muestran síntomas de estrés postraumático; presentan alta tasa de prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, incluyendo el incremento de la frecuencia de suicidio e intento de suicidio”. Como lo indica la autora, la violencia en el hogar afecta psicológicamente a sus miembros, en especial a las mujeres inmersas en el ámbito de agresiones y abusos constantes las cuales están propensas a sufrir trastornos de ansiedad, el impacto de la violencia intrafamiliar en contra de las mujeres en su salud mental puede tener

consecuencias devastadoras como elevada incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos en el sueño, baja autoestima, dificultad de concentración, palpitaciones o dolores en el pecho como angustia constante por lo que les depara el mañana, viven en la incertidumbre por no saber en qué momento volverán las agresiones o por el tipo de agresiones al que estarán sometidas, estos hechos de violencia genera violencia en las mujeres dirigiéndolos ante los más indefensos como ser los hijos.

Así mismo se confirma las consecuencias de la violencia, al respecto se obtuvieron los siguientes relatos: “ *no sé por qué estoy renegada siempre y me enojo con mis hijos y algunas veces les pego o digo cosas pero después me doy cuenta y me arrepiento, no sé porque les hago eso a mis hijos*”; “*quiero a mis hijos pero sin querer les pego y grito me doy cuenta y eso me duele mucho porque ellos no tienen la culpa que su papá me pegue y no me quiera*”; “*recuerdo como mi papá le pegaba a mi mamá y votaba yo decía que nunca me va pasar eso pero ahora vivo igual o peor que mi mamá haciéndome maltratar y todo por mis hijos*”, la violencia que sufren estas mujeres no solo les afecta a ellas sino a toda la familia en conjunto generando sufrimiento en los hogares, sentimientos que hacen aún más difícil la decisión de marcharse, o cuando menos, de buscar una solución.

Se concluye que de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que sufren violencia psicológica tiene un nivel de ansiedad Severa.

CUADRO N° 4
NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL PARENTESCO CON EL AGRESOR

Nivel	Ansiedad*Parentesco							Total
	Parentesco con el agresor							
	concubino	esposo	Enamorado	Ex esposo	Ex concubino	Ex enamorado	Hijo/a	
Baja	3	1	1	0	1	0	0	6
	16%	4%	100%	0%	8%	0%	0%	9%
Moderada	5	8	0	1	7	0	1	22
	26%	30%	0%	14%	54%	0%	100%	31%
Severa	11	18	0	6	5	2	0	42
	58%	66%	0%	86%	38%	100%	0%	60%
TOTAL	19	27	1	7	13	2	1	70
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Test de ansiedad de Aaron Temkin Beck

Elaboración: Propia

Según los datos relevantes en el cuadro N° 3 donde el 86% de la población fueron agredidas por sus ex esposos, 66% de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar son agredidas por sus esposos, el 58% de la población de estudio son víctimas por sus concubinos la misma les genera ansiedad severa, el mismo hecho de sentirse comprometidas con la relación que tienen con sus parejas como con la familia les lleva a soportar la violencia por parte de sus parejas, ante el temor de quedar solas y no contar con el sustento económico suficiente para la crianza de los hijos, el sentimiento de dependencia emocional hacia sus parejas al igual que otros factores que se los desglosará más adelante, estos agresores esposos y concubinos aprovechan la posición de poder que tienen sobre sus parejas sobre todo con la economía, porque son los que mantienen a la familia generando los recursos necesarios para la misma. La fuerza física, como también la crianza y cultura de donde vienen estos agresores, hacen que para ellos sea normal la violencia en sus hogares y no miden el daño que se está generando no solo en las mujeres sino también en los hijos provocando temor, dificultad en el sueño, desconfianza en los demás, sobresaltos, así como lo relatan algunas de la entrevistadas: *“le tengo mucho miedo a mi esposo, cuando lo veo medio molesto comienzo a temblar, a sudar, me pongo muy nerviosa y no sé qué hacer, pero también tengo miedo a que me deje por que no sé qué haría sin él porque yo no tengo*

trabajo seguro”; “ él me dice que harías sin mí, quien te mantendría, gracias a mi tienes lo que tienes y eres una señora, le tengo miedo cuando llega borracho porque empieza a gritar a romper las cosas y yo me quedo quieta, no sé qué hacer, solo lloro, siento que mi pecho me aprieta, me duele mi corazón y no puedo respirar”; “los fines de semana es un infierno en mi casa él siempre está gritando y molesto de todo, quiere que le alcance rápido las cosas, y si no lo hago me grita y hasta me pega, le tengo terror, siempre estoy temblando asustada, me vuelvo sonsa no sé dónde están las cosas, no recuerdo nada, siento que mis pies tiemblan, siento que mi pecho me aprieta”; “desde que me casado le he tenido miedo, pavor, porque me amenaza con quitarme a mis hijos si me separo de él de hacerme algo, siento que en mi cuello caminan hormigas, siento mis hombros pedazos y con dolor me siento aturdida, y a veces no puedo dormir, creo que pienso mucho”.

Así mismo se observa que el 86% son ex esposos, los mismos que continúan agrediendo tanto física y psicológicamente, generando ansiedad severa en las mujeres divorciadas que a pesar del divorcio continúan siendo víctimas de violencia física, psicológica, económica e incluso víctimas de violencia mediática, al ser agredidas por las diferentes redes sociales, después del divorcio estas mujeres creyeron que la violencia terminaría pero sin importar la distancia o separación la violencia continua, en algunos casos aumentó la violencia psicológica que es como una enfermedad silenciosa que afecta de forma negativa en las mujeres, así como lo relatan las mujeres de la población de estudio: *“pensé que al divorciarme todo terminaría, pero no fue así él me sigue buscando, amenazando, llamando al punto que al escuchar sonar mi celular comienzo a temblar y tener miedo, cuando salgo del trabajo me fijo a todos ellos y desconfió de todos, me siento muy desesperada y ansiosa, en las noches no puedo con miedo a que en cualquier momento llegue”; “ desde que me divorcie él ha sido más agresivo, si me ve en la calle me insulta, me escupe, y yo me pongo a temblar, le tengo mucho miedo me despierto en las noches y no puedo dormir mi cabeza me duele mucho y siempre estoy confundida”; “ me llama con pretexto de mis hijos solo*

para amenazarme, no puedo respirar, miedo a morir porque me amenaza con matarme y estoy siempre nerviosa”.

Por otro lado, se tiene el 54% de las mujeres separadas continúan siendo víctimas de violencia por el ex concubino lo cual les genera ansiedad moderada, a diferencia de las otras mujeres, esto se debe a que convivieron con sus parejas menos años en relación a las otras parejas que establecieron su relación en un matrimonio. Sin embargo, el hecho de separarse y vivir de forma independiente, aun les genera ansiedad por que tienen que frecuentar a sus agresores por los hijos que tienen en común, son agredidas psicológicamente con palabras soeces y que estas agresiones les genera angustia, desesperación.

Corroborando los hechos Echeburúa, & C., (2001). Indica que las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja, muestran una serie de respuestas asociadas a esta experiencia traumática con las que vamos a encontrarnos y que deberían tenerse en cuenta a la hora de realizar la intervención. La violencia repetida e intermitente, entremezclada con periodos de arrepentimiento y de ternura, suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes. Estos sentimientos hacen aún más difícil la decisión de marcharse, o cuando menos, de buscar una solución.

Se concluye que de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que son agredidas por el esposo, ex esposo y concubino, tiene un nivel de ansiedad Severa.

CUADRO N° 5
NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL RANGO DE EDAD

Nivel	Ansiedad*edad					Total
	Rango de edad					
	18-25	26-33	34-41	42-49	50-Mas	
Baja	5	1	0	0	0	6
	36%	5%	0%	0%	0%	9%
Moderada	4	8	2	5	3	22
	28%	36%	15%	33%	50%	31%
Severa	5	13	11	10	3	42
	36%	59%	85%	67%	50%	60%
TOTAL	14	22	13	15	6	70
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Test de ansiedad de Aaron Temkin Beck

Elaboración: Propia

Según los datos relevantes, en el presente cuadro se tiene que el 59% de la población de estudio entre los 26 a 33 años de edad, presentan **ansiedad severa** al igual que de 34 a 41 años de edad, equivalente a un 85%, denotando que a mayor edad mayor incremento de ansiedad; a medida que pasan los años estas mujeres se sienten más inseguras por la situación vivida porque están pasando por una etapa vulnerable en sus vidas ya que no pueden alejarse de sus agresores, al encontrarse desprotegidas económicamente y sin seguridad de vivienda porque viven en casa de los padres de la pareja, en alquiler o en casa de algún pariente y esta situación genera angustia, por tanto no tienen un lugar donde ir, ni como sustentarse económicamente al sentirse incapacitadas para trabajar por tener niños pequeños que están en el colegio y también algunas tienen bebés haciendo que sea imposible salir de la situación y quedarse enclaustradas a vivir en esa situación de violencia.

Así mismo el 67% de las mujeres entre la edad de 42 a 49 años, presentan **ansiedad severa**. Si bien la población total muestra rasgos de ansiedad, se puede distinguir claramente que a mayor edad mayor tendencia a padecer síntomas ansiosos, esto según la psicología, porque están pasando por una etapa difícil en sus vidas y cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos al atravesar por la menopausia generándoles

angustia ante los cambios continuos de humor agregando que sufren violencia la cual genera mayor ansiedad.

Sin embargo el 50% que se ubican entre la edad de 50 o más, sufre ansiedad severa, del mismo modo se tiene el 50% entre la edad de los 50 adelante, padece de ansiedad moderada, el miedo se mantiene por temor a quedar solas ya que sus hijos salieron de casa y formaron sus hogares dejándolas solo con la pareja o con alguno de los hijos los cuales agreden tanto psicológica como físicamente por la edad que tienen, estas mujeres se aferran a sus agresores soportando la violencia continua en sus vidas por temor a quedar solas, también está el temor a la muerte, sin embargo encontraron un consuelo en la religión y esto disminuye los síntomas de ansiedad, porque se sienten completas y realizadas a pesar de los errores vividos en el pasado, del cual indican haber aprendido, en la entrevista se expresaron así: *“de lo único que me arrepiento es de haber dejado que mis hijos me vean pelear con su papá y de haberles lastimado y me siento culpable por cómo son ahora”*: *“ a veces me acuerdo de cómo sufría y que sigo sufriendo, me da rabia y por pensar no puedo dormir, por más que recé aún siento el dolor dentro de mí”*: *“creo que merezco lo que me pasa con mi hijo yo le dejaba solo y creció solo y ahora me grita, reclama y eso me da mucho miedo; cuando viene a mi casa me pongo a temblar porque no sé qué pasará”*. Corroborando con los relatos de las mujeres participantes en el estudio.

Se concluye que, a menor edad, se tiende a experimentar menores niveles de ansiedad, a diferencia de las demás edades, que a mayor edad experimentan mayor nivel de ansiedad severa.

CUADRO N° 6
NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL ESTADO CIVIL

Nivel	Ansiedad*Estado civil						Total
	Estado civil						
	Soltera	Casada	Concubinato	Divorciada	Separada	Viuda	
Baja	2	1	3	0	0	0	6
	18%	4%	16%	0%	0,0%	0,0%	9%
Moderada	6	8	5	1	1	1	22
	55%	30%	26%	14%	20%	100%	31%
Severa	3	18	11	6	4	0	42
	27%	66%	58%	86%	80%	0%	60%
TOTAL	11	27	19	7	5	1	70
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Test de ansiedad de Aaron Temkin Beck

Elaboración: Propia

Los resultados demuestran que las mujeres casadas (66%), divorciadas (86%), separadas (80%) y las concubinas (58%) presentan **un nivel de ansiedad severo**.

Si bien no existe diferencia en el nivel de ansiedad que presentan las mujeres víctimas de violencia según su estado civil, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que están divorciadas y separadas, como se puede observar en el cuadro, presentan características de **ansiedad severa**, si bien ya no siguen conviviendo con sus agresores, siguen sufriendo violencia, esta población se distingue por ser agredidas después del divorcio y la separación en caso del concubinato por recibir agresiones psicológicas, como insultos usando los medios de comunicación como las redes sociales al recibir llamadas y mensajes de texto con palabras groseras y denigrantes, al respecto se obtuvieron los siguientes relatos: *“siempre que me ve en la calle me escupe en la cara y me insulta”*; *“él va a esperarme afuera de mi trabajo y cuando salgo me insulta, hasta me amenaza con matarme, dice que sabe todo lo que hago y que me cuide”*; *“ me llama todo el tiempo con diferentes números y me manda mensajes que ya se lo di a la abogada, pero me da mucho miedo, le tengo terror a mi ex esposo, mi pecho me aprieta y siento que me va dar un ataque”*, a pesar del alejamiento estas mujeres siguen

siendo agredidas por sus exparejas incluso llegando a ser perseguidas o amenazadas con perder a sus hijos o la vida misma si no vuelven con ellos, viviendo en constante peligro y alerta, por el temor a que la situación se vuelva a repetir, las entrevistadas expresaron al respecto: *“me siento mal, nerviosa más que antes tal vez, con miedo porque me llama me busca él me insulta si me ve en la calle, me amenaza con quitarme a mis hijos, y desaparecerme, tengo mucho miedo de que me haga algo, o me mate un día, le tengo terror, solo al escucharlo me pongo a temblar, y en mi casa cierro bien las puertas y ventanas porque pienso que él puede venir y hacerme algo”*; *“no se desde cuando me siento tonta, muy dolida, llena de miedo, continuamente me duele la cabeza, siento pesado mis hombros y mechas veces sin fuerzas siento que me derrito”*.

En cuanto a las mujeres casadas, el convivir en constante agresión de tipo psicológico, físico, económico e incluso sexual, son causales de una gran angustia, desesperación, miedo y raciones fisiológicas deteriorando su salud, en la familia al exponer a su hijos y otros miembros del hogar a la violencia y que esta quede en las cuatro paredes de la casa por temor a los rumores, así es como relatan algunas de las entrevistadas: *“al casarme mi mamá me dijo te casaste, está ya no es tu casa, qué te falta en tu casa hija y me alistó algunas cosas y me dijo, tu marido te espera, es hora que te vayas y no vuelvas”*; *“lo que pasa en tu casa nadie debe saber, la ropa sucia se lava en la casa no afuera, tienes que aguantar por tus hijos”*; *“cuando lo veo siento que mi cuerpo se quema, y mi corazón late muy rápido no sé si tenerle miedo o matarlo y estoy muy nerviosa todo el día”*. El hecho de haber contraído matrimonio y poder cuidar la reputación del esposo y la familia ocultan la violencia sufrida generando síntomas de ansiedad muy altos.

Asimismo, las mujeres que viven en concubinato presentan un nivel de ansiedad severo como los datos mencionados anteriormente, esto por vivir en unión libre ya que es incierto el futuro de la pareja, no existiendo un compromiso legal y siendo ellas dependientes económicamente y sin contar con un lugar propio para vivir con sus hijos se mantienen junto a sus agresores creando vínculos afectivos con el mismo el cual es un sentimiento de amor y odio, tal como en la entrevista se expresaron algunas de las

mujeres: *“todavía lo quiero pero a veces lo odio porque me engaña con otra mujer y quisiera que se vaya pero que haría con mis hijos, no les puedo quitar a su papá, vivir así no es vida estoy renegando todo el tiempo y gritando a mis hijos siento que mi cabeza va explotar no puedo pensar y no puedo respirar”, “el vivir así y que me pegue sin estar casada me hace sentir muy mal, tengo miedo de todo, de que me deje de que me pegue y siempre estoy renegando y nerviosa, me siento como borracha todo el tiempo y a veces mi corazón me duele mucho”, “en las noches no tengo sueño porque mi cabeza siento que me aprieta que hay algo, me quiero volver loca y estoy renegando siempre me siento madera siempre y no sé qué hacer”,* agregando a este la frecuencia de violencia se acrecentó, llegando a los golpes e incluso a la hospitalización, sin olvidar el daño psicológico que genera la infidelidad y otros, forjando mujeres inseguras, indecisas, temerosas ante la actitud diaria de la pareja, porque de esto depende si será agredida o no en el día, al igual que el consumo de bebidas alcohólicas, dejando huellas imborrables que generan gran impotencia y desconfianza del entorno social.

Del mismo modo se tiene el 55% de las mujeres solteras y el 100%, de viudas presentan un nivel de ansiedad moderada, esto se debe a que estas mujeres al no convivir con los agresores y no estar expuestas continuamente a violencia, disminuye la angustia y desesperación, al respecto se obtuvieron las siguientes relatos *“soló algunas veces siento como hormigas en mi cabeza, cuando discuto con el papá de mi hijo no puedo dormir, tengo miedo pero solo alguna vez, solo a veces me siento como desesperada”,* sin embargo estas mujeres presentan altibajos por diferentes circunstancias donde la misma genera ansiedad, sin afectar gravemente a las mujeres objeto de estudio.

Se concluye que de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que se encuentran en estado civil de divorciada y separadas, presentan un nivel de ansiedad Severa.

CUADRO N° 7
NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN LA OCUPACIÓN

Nivel	Ansiedad*Ocupación			Total
	Estudiante	Trabajo no Remunerado	Trabajo Remunerado	
Baja	2 33%	3 12%	1 2%	6 9%
Moderada	2 33%	3 12%	17 45%	22 31%
Severa	2 33%	20 76%	20 53%	42 60%
TOTAL	6 100%	26 100%	38 100%	70 100%

Fuente: Test de ansiedad de Aaron Temkin Beck
Elaboración: Propia

Este cuadro representa la labor ocupacional de mujeres objeto de estudio en relación al nivel de ansiedad por la que atraviesan de acuerdo a las labores realizadas diariamente, las mujeres no por el hecho de ser mujeres se limitan en su actividad, ya que son capaces de realizar cualquier trabajo por más duro y difícil que pueda llegar a ser, si bien existe una infinidad de actividades realizadas por mujeres, en el presente cuadro se presentan las actividades ocupacionales remunerados como trabajos no remunerados de la población de estudio.

Las encuestadas señalaron con un porcentaje representativo del 76%, que realizan trabajos no remunerados como ser labores de casa, apuntes de sus parejas en la construcción, entre otros las mismas padecen un cuadro de **ansiedad severa**, generado al no tener la oportunidad de salir a buscar fuentes laborales con remuneración y poder aportar económicamente el hogar, ya que tienen hijos pequeños, adolescentes o bebés a los cuales tienen que cuidar, llevarles al colegio, recogerlos, cocinar y limpiar, del mismo modo atender a la pareja, en algunos de los casos estas mujeres no pueden

trabajar por cuestiones de salud o falta de fuentes laborales y por ello aportan con la realización de labores en el hogar, también es importante hacer notar que todo el trabajo que se realiza en el hogar no es reconocido ni suficiente para la familia ya que constantemente reciben reclamos e insultos, hasta golpes al no colaborar económicamente, al respecto se obtuvieron las siguientes expresiones: *“me dice estas echada todo el día y otras palabras más fuertes, nada haces bien, me arrepiento de vivir contigo, eso me hace sentir enojada intranquila, tengo miedo a perder el control”*; *“solo tragas y gastas mi dinero, así me dice todo el tiempo, ya no sé qué hacer, me siento enojada con mis hijos y conmigo y hay noches que no puedo dormir siento que me ahogo”*; *“ me controla su dinero y me da solo para el día cada día le tengo que pedir dinero para cocinar y eso me hace sentir nerviosa ya que muchas veces tengo tener relaciones sexuales a la fuerza porque si no quiero no me da dinero tengo miedo de un día matarlo”*, por esta y otra razones, al no ser reconocido el trabajo en casa, por distintas situaciones ya mencionadas anteriormente, al igual que por falta de empleos, el cuidado de los hijos y la falta de interacción social, no tiene ningún tipo de recompensa y por ende son vulneradas ante la violencia sufrida por parte de algún familiar o pareja.

Así mismo el 53% de mujeres víctimas de violencia que poseen trabajos reenumerados, atraviesan por una **ansiedad severa**; por lo que se puede observar, que a menor remuneración económica y reconocimiento a las labores realizadas mayor nivel de ansiedad; es importante mencionar que esta población sufre violencia en sus hogares sin ser reconocidas por la labor que desempeñan, sintiéndose menospreciadas al no llegar a las expectativas de la familia o pareja.

Así mismo se observa que existe una igualdad del 33%, entre la **ansiedad baja, moderada y ansiedad severa**, de las mujeres víctimas que se dedican al estudio, se puede evidenciar que, a mayor interacción y reconocimiento, menor nivel de ansiedad, esto porque ellas pueden sustentarse emocionalmente por la interacción que tienen en sus lugares de estudio donde se sienten a salvo de sus parejas. La instrucción recibida las hace capaces de salir adelante sin ayuda, se sienten seguras de sí mismas, el hecho

de estar en constante interacción y contacto con otras personas genera confianza, también sus fuentes de estudio son distractores de pensamientos negativos ante su situación, pero esto no significa que no tienen momentos de ansiedad o inseguridad al momento de confrontarse con la pareja u algún familiar y sufrir de agresiones; no son capaces de terminar el ciclo de la violencia o dejar a la pareja o dejar el hogar por temor a quedar solas con sus hijos y desprotegidas o solo el hecho de no continuar con sus estudios les provoca ansiedad.

Se concluye que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, sin una diferencia significativa entre un trabajo no remunerado y trabajo remunerado, presentan un nivel de ansiedad Severa.

5.2. DEPRESIÓN.

De esta manera se presentan los datos de niveles de depresión, de mujeres víctimas de violencia que hace referencia en el segundo objetivo específico, “*Identificar el grado de depresión que genera la violencia intrafamiliar en mujeres víctimas que acuden al servicio legal integral municipal de la ciudad de Tarija*”, se presenta lo siguiente:

CUADRO N° 8
NIVEL DE DEPRESIÓN

DEPRESIÓN		
	Frecuencia	%
Ausente	0	0
Leve	4	6%
Moderada	9	13%
Grave	19	27%
Extrema	38	54%
Total	70	100%

Fuente: Inventario de Depresión de BECK BDI-II

Elaboración: Propia

Según los datos más relevantes del cuadro N° 7, observamos que el mayor porcentaje de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar tiene el 54% con un nivel de **depresión extrema**, se caracteriza fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento y del pensamiento, anhedonia o el no tener interés por hacer las cosas, a pesar de esto no es difícil que mujeres con este grado de depresión acudan a una institución a pedir ayuda, pero no lo hacen por ellas, lo más sorprendente es que acuden a pedir ayuda por los hijos, los hijos son los que dan el valor y fortaleza para poder encontrar alternativas de soluciones al problema como también apoyo de algún miembro de la familia extendida o amistades, como de instituciones para cortar la violencia en su entorno familiar que tanto daño causa no solo a la víctima sino también a toda la familia en conjunto provocando diferentes

trastornos y enfermedades mentales que afectan la vida y el desarrollo normal de su día a día.

Los individuos deprimidos muestran una consideración negativa de sí mismos; una marcada tendencia a considerarse como deficientes, inadecuadas e inútiles y atribuyen sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tienden a rechazarse a sí mismos, ya que cree que los demás lo rechazarán, como relatan algunas entrevistadas: *“todo el tiempo quisiera morirme, no sirvo para nada como él me decía, me siento inútil, sucia, perdida, y me deprimó mucho hasta me médico para dormir, porque no puedo dormir por las noches, tengo sueños feos, pesadillas siento que me ahogo, me siento sin fuerzas creo que no valgo nada, si no tuviera a mis hijos yo estaría muerta por que ya estoy cansada de vivir”*, por la situación en la que han vivido durante varios años estas mujeres han perdido la razón de vivir, sintiéndose inútiles, *“me afecta mucho, no puedo concentrar me olvido de todo, camino como borracha, perdida y solo pienso en morirme soy una inútil”*. Continuamente tienden a tener consideración negativa del mundo, se sienten derrotadas socialmente. Consideran al mundo como haciéndoles enormes exigencias y presentándole obstáculos que interfieren con el logro de los objetivos de su vida.

Corroborando lo anterior Riggs, Caulfield & Street, (2000). Menciona que, el deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente, deforman sus experiencias, malinterpretan acontecimientos concretos e irrelevantes considerando como fracaso, privación o rechazo personal. Exageran o generalizan excesivamente situaciones sencillas, dan mucha importancia a los hechos negativos.

También se pudo encontrar estudios realizados sobre depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que se caracterizan por el mismo nivel de depresión y sintomatología encontrada en la población Tarijeña, un claro ejemplo es encontrado por investigadores norteamericanos quienes afirman que más del 50% de las muestras de mujeres maltratadas cumplen criterios para depresión mayor, con tasas que alcanzan hasta el 80%.

La Organización mundial de la Salud (2008) define: La depresión es un trastorno mental común que se presenta con el humor deprimido, la pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o la auto-valoración baja, el sueño desequilibrado, desórdenes del apetito, energía baja, y concentración pobre. Estos problemas, pueden hacerse recurrentes o crónicos, y conducir a daños sustanciales en la capacidad de un individuo de tener cuidado de su responsabilidad diaria.

CUADRO N° 9
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA

Depresión*Violencia					
Nivel	Tipo de violencia				Total
	Violencia Física	Violencia Psicológica	Violencia Física y Psicológica	Violencia Psicológica y Económica	
Ausente	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Leve	1 6%	1 4%	2 9%	0 0%	4 6%
Moderada	1 6%	3 13%	3 14%	2 29%	9 12%
Grave	8 44%	2 9%	8 36%	1 14%	19 27%
Extrema	8 44%	17 74%	9 41%	4 57%	38 55%
TOTAL	18 100%	23 100%	22 100%	7 100%	70 100%

Fuente: Inventario de Depresión de BECK BDI-II

Elaboración: Propia

Los datos de mayor relevancia que se observan en el cuadro N° 8, son los siguientes: los porcentajes más notables se dan en el nivel de **depresión extrema** donde, el 74 % de la población de estudio sufren violencia psicológica, seguidamente con el 57 % de las mismas sufrieron violencia psicológica y económica, por otro lado, es importante indicar que el 41 % de las mujeres de estudio sufren violencia física y psicológica, sin dejar de lado el otro 44 % de las víctimas de violencia física.

Se puede observar que la violencia ejercida sobre las mujeres son diversas y las mismas generan niveles extremos de depresión en la población de estudio, donde se tiene como consecuencias de estos hechos violentos, pérdida de apetito, trastornos en el sueño, pesadillas constantes, culpabilidad constante, pensamientos e intentos de suicidio, tristeza extrema entre otros síntomas, deterioran lentamente la salud y vida de estas mujeres, esto se debe a las agresiones sometidas constantemente y año tras año la

violencia se incrementa en los hogares, también es importante mencionar que estas mujeres sufrieron, algún tipo de violencia desde la infancia, así es como relatan algunas de las entrevistadas, *“no puedo dormir en las noches despierto llorando y no duermo más así me amanezco, y siento una tristeza que no hay palabras para explicar”, “ muchas veces siento que no tengo fuerzas, que mis pies se derriten y no tienen fuerza para sostenerme, siento que me voy a desmayar”, “ no puedo pensar, siempre estoy como borracha y todo me olvido”*. Varias de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar lo han vivido desde su niñez, optando como una salida quitarse la vida, para dejar de sentir dolor o dejar de sufrir por lo que las lleva a tener ideas suicidas, así como indicaba una de las entrevistadas: *“desde niña quería matarme, una vez me quise colgar del baño de mi casa porque no aguantaba más que mis papás me peguen siempre, y cuando me casé la violencia ha seguido y quisiera matarme y acabar todo”*.

La violencia a la cual fueron sometidas les causa como consecuencia secuelas fisiológicas, psicológicas como conductuales, las cuales son una desventaja en el normal desenvolvimiento laboral, u actividades cotidianas, como la socialización con los demás, del mismo modo tienen sentimientos de desvalorización las cuales les lleva a aferrarse emocionalmente a sus agresores.

Así también se tiene un porcentaje del 44 % de las mujeres víctimas de violencia, sufren violencia física, la misma les causa depresión grave, se puede evidenciar la que los hechos físicos al igual que la violencia psicológica, generan trastornos en la personalidad de las mujeres agredidas transformando sus vidas en situaciones negativas, acrecentando el deterioro humano. Corroborando lo mencionado anteriormente se tiene el relato de algunas de las participantes, *“no solo me duele los golpes, sino me duele el alma y eso no se puede curar”*; *“siento culpa por permitir que se me maltrate de esa manera”*; *“ siento mucho odio no solo por mi esposo sino por todas las personas en especial por mis hijos los quiero pero también los odio”*; *“ sé que nada cambiará así que de gana uno hace las cosas, no tengo futuro todo va empeorar”*; *“ solo quiero dejarme morir”*, el hecho de vivir violencia física constante genera depresión en las victimas como lo indican ellas mismas.

Corroborando lo mencionado se tiene a, Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta (1997) que llevaron a cabo un estudio con 126 mujeres víctimas de violencia doméstica (física, psicológica y/o sexual) y encontraron que un 64% se situaba por encima del punto de corte establecido por el Inventario de Depresión de Beck para el diagnóstico de este cuadro clínico, independientemente de la modalidad de maltrato al que eran o habían sido sometidas. En un estudio más reciente en el que participaron 70 víctimas de violencia doméstica, Rincón et al. (2004) encontraron que un 84.2% presentaba depresión, evaluada a partir del BDI, siendo en más del 50% de nivel moderado o grave.

Del mismo modo se corrobora con, Golding. (1999) en un análisis, revisa 18 estudios que relacionan depresión y violencia doméstica (exclusivamente maltrato físico), encontrando una prevalencia de este cuadro clínico que va desde un 15% a un 83%, con una media ponderada de 47,6%. La variabilidad en las tasas de prevalencia encontradas puede deberse a la diversidad en las muestras de mujeres estudiadas y en los instrumentos de medida utilizados. La severidad o duración de la violencia se asocia a la severidad de la depresión. En tres de los estudios se encuentra que la depresión es precedida por la vivencia de violencia doméstica.

Se concluye que independientemente del tipo de violencia los niveles de depresión son altos.

CUADRO N° 10

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL PARENTESCO CON EL AGRESOR

Nivel	Depresión*Parentesco							Total
	Parentesco con el agresor							
	Concubino	Esposo	Enamorado	Ex esposo	Ex concubinato	Ex enamorado	Hijo/a	
Ausente	0	0	0	0	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Leve	1	2	1	0	0	0	0	4
	5%	7%	100%	0%	0%	0%	0%	6%
Moderada	2	4	0	1	2	0	0	9
	11%	15%	0%	14%	15%	0%	0%	13%
Grave	8	5	0	2	3	1	0	19
	42%	19%	0%	29%	23%	50%	0%	27%
Extrema	8	16	0	4	8	1	1	38
	42%	59%	0%	57%	62%	50%	100%	54%
TOTAL	19	27	1	7	13	1	1	70
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Inventario de Depresión de BECK BDI-II

Elaboración: Propia

En este cuadro se muestran los resultados del nivel de depresión según el parentesco que tienen las víctimas con sus agresores. Como datos sobresalientes se puede observar que independientemente del tipo de parentesco o tipo de relación que se tiene con los agresores presentan **depresión extrema**. El 59% de las mujeres casadas víctimas de violencia son agredidas por el esposo, el 42% de mujeres que viven en concubinato son agredidas por sus parejas, del mismo modo se tiene que el 62% de las mujeres que acuden a los servicios legales integrales son agredidas por su ex concubino, el 57% de las mujeres de estudio víctimas de sus ex esposos y un 50% de las víctimas son agredidas por su ex enamorados y los diferentes tipos de violencia sufrida provoca depresión extrema en la población de estudio esto debido a que estas mujeres son agredidas física, psicológicamente, económica y sexualmente como otro tipo de violencias que generan una degradación y vulnerabilidad en las mismas, dificultando el normal desenvolvimiento en las tareas cotidianas, con sentimientos de inutilidad que nos les permite salir del círculo de la violencia fragmentándolas cada vez más, siendo

minusválidas incapaces de defender a sus hijos o dar amor, viven enfrascadas en su dolor, tal como relatan algunas de las entrevistadas: *“no se desde cuándo pero me siento culpable todo el tiempo, culpable por mis hijos, por vivir así y por casarme”*; *“muchas veces he pensado en matarme porque ya no podía más con mi vida estoy asqueada de mi misma”*; *“muchas veces me quedo en la cama porque no tengo valor para hacer nada solo me quedo como un ente tirado en la cama deseando desaparecer”*; *“algunas veces cuando me siento muy triste me pongo a comer mucho desesperadamente y otras no tengo hambre, no como nada y eso me causa problemas de salud”*; *“me siento tan impotente tan inútil que no sirvo para nada”*. De este modo se constata que la violencia ejercida por la pareja o ex pareja de las mujeres de estudio le generan síntomas depresivos, estos síntomas son el resultado de un cúmulo de violencia en el que han vivido a lo largo de sus vidas, ya que muchas de ellas sufren violencia desde niñas, estos niveles son altos y muchas de ellas viven con los síntomas depresivos sin saber de ellos.

Por otro lado, un dato relevante es que estas mujeres desean la muerte e intentaron suicidarse al no poder llevar la carga emocional de convivir con sus parejas, el hecho de aferrarse emocionalmente a su agresor, viviendo entre amor y odio, el estar continuamente ansiosas, desesperadas, adquiriendo diferentes trastornos, y vidas desequilibradas así como lo relatan algunas de las entrevistadas: *“ no sé qué hacer vivo entre amor y odio lo amo pero también lo odio y eso me causa mucho dolor y desesperación”*; *“desde que me engañó no confié en él y por las noches me cuesta dormir porque tengo una preocupación que no sé qué es”*; *“no me gusta tener relaciones sexuales no quiero pero siempre me obliga”*; *“me siento muy triste y así estoy todo el tiempo”*; *“ya no hay futuro para mí ya estoy mayor sólo la muerte me queda”*, estas mujeres viven con temor y angustia todo el tiempo a pesar de estar conviviendo con la pareja o dejado a la misma para cortar la violencia, pero los agresores continúan ejerciendo la violencia y denigrando la integridad de mujer afectando el normal desarrollo de los hijos en el hogar, y creando seres inestables y con diferentes trastornos que a la larga serán agresores o víctimas de violencia, por ello la

importancia de cortar la violencia en los hogares para evitar las patologías que esto genera no solo en mujeres sino en los hijos también.

Corroborando en el estudio de, Amor et al. (2002), un dato relevante es que la depresión no sólo la padecen las mujeres que permanecen en la relación violenta, sino que también aparece muchas veces y con mayor intensidad en aquellas mujeres que ya han abandonado al agresor. En este sentido, la atribución que hace la víctima de la ocurrencia de los malos tratos a rasgos internos y estables de su propia personalidad correlaciona positivamente con índices elevados de depresión una vez que la mujer ha abandonado al agresor. Por otro lado, la tendencia a hacer este tipo de atribuciones estaría relacionada con haber experimentado malos tratos en la niñez. Del mismo modo se encontraron que aquellas mujeres que no denuncian su situación de violencia y aquéllas que permanecen en el hogar con el agresor sufren una mayor sintomatología depresiva.

Se concluye que independientemente del tipo de parentesco que se tenga con los agresores, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presentan niveles altos de depresión.

CUADRO N° 11

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD

Nivel	Depresión*Edad					Total
	Rango de edad					
	18-25	26-33	34-41	42-49	50-Mas	
Ausente	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Leve	2 14%	2 9%	0 0%	0 0%	0 0%	4 6%
Moderada	3 21%	1 5%	2 15%	3 20%	0 0%	9 12,%
Grave	3 21%	7 32%	5 38%	3 20%	1 17%	19 27%
Extrema	6 44%	12 54%	6 46%	9 60%	5 83%	38 55%
TOTAL	14 100%	22 100%	13 100%	15 100%	6 100%	70 100%

Fuente: Inventario de Depresión de BECK BDI-II

Elaboración: Propia

Según los datos obtenidos en este cuadro, el 54% de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar se encuentran entre las edades de 26 – 33 años; 60% entre las edades 42 a 49 años; 44% entre los 18 – 25 años de edad, y el 46% que oscilan entre las edades 34 – 41 años de edad, todas ellas presentan **depresión extrema**.

Si bien no existe diferencia entre los niveles de depresión según la edad de las víctimas, los datos representativos de las encuestadas evidencian que a mayor edad mayor tendencia a presentar niveles de depresión extrema. Esto refiere que las secuelas de la violencia se generan al exponerse mayor tiempo a hechos de cualquier tipo de violencia, causando trastornos, en este caso depresión por vivir continuamente en agresiones, el hecho de sentirse menos apreciadas por la edad y alguna de ellas llegando a la etapa de la menopausia donde hormonalmente son inestables y el haber vivido tantos años en hogares violentos las hacen desconfiadas, susceptibles e inseguras de si

mismas provocando depresión extrema, alguna de las sintomatologías comunes son: continuamente se sienten tristes, desdichadas, que no pueden soportarlo y no encuentran consuelo a su pena, pérdida de la esperanza y que no existe un futuro, pensamientos repetitivos de fracasos pasados lo que hace que se consideren fracaso total como personas, tienen sentimientos de culpabilidad que no les permite conciliar el sueño, haciendo que duerman pocas horas, en ocasiones pasan noches sin dormir ante la angustia, el dolor y la desesperación por vivir en medio de la violencia y carencias afectivas que las lleva a la desvalorización como mujeres, teniendo pensamientos suicidas e incluso intentos de suicidio al sentirse fantasmas, al respecto se obtuvieron las siguientes expresiones: *“quisiera que se abra la tierra y me tragara porque ya no quiero existir, ya no quiero vivir, no imagina mi dolor y todo lo que aguanto pienso que muriendo podré descansar”*; *“me siento desesperada todo el tiempo y no puedo hacer nada, a veces hasta me arranco mis cabellos porque me estoy volviendo loca de dolor”*; *“no puedo concentrarme, mis pensamientos pasan de uno a otro no puedo controlar ni lo que pienso”*; *“hace tiempo no duermo bien y no tengo hambre ahora hasta mi cabellos se están cayendo”*; *“nada me gusta, nada quiero hacer, lo que antes me gustaba ya nada me gusta, ni salir ni tener amigas nada quiero”*; *“no puedo decidir por mí misma ni siquiera puedo comprarme algo, siempre soy indecisa por eso todo le pregunto a mi pareja”*; también sienten rechazo por el sexo, al igual que falta de apetito, constante irritabilidad y sentimiento de inutilidad, al no haber logrado sus objetivos, y permitir que en sus hogares se conviertan en inseguras porque no supieron poner un alto y permitir que las agresiones continúen.

En relación a las mujeres más jóvenes, estas son madres de niños pequeños o tienen varios niños seguidos y no poder realizarse como mujeres les provoca angustia al no saber cómo criar o educar a los niños y mucho más cuando la pareja las agrede o amenaza con dejarlas o quitarles a los mismos, las madres al ver a sus hijos pequeños y no tener sustento económico son más vulnerables a vivir en violencia y estar con síntomas de depresión, y no poder disfrutar de las cosas que anteriormente les gustaba, sienten decepción de sí mismas, llevándolas al llanto frente a cualquier situación, al

igual que intranquilidad con constante movimiento y tics repetitivos, así como lo indican algunas de las entrevistadas: *“no sé cómo puedo hacer, mis hijos son pequeños, me siento desesperada ya no puedo ni pensar”*; *“me preocupo tanto de que será de mí y mis hijos, si tal vez alguna día nos mate, no sé dónde ir me siento desesperada”*; *“tengo mucho miedo y pena porque no sé qué darles de comer a mis hijos me he escapado de mi casa y no sé qué nos pueda pasar más allá”*; *“me siento tan culpable de pegar a mis hijos porque ellos no tiene la culpa pero no puedo evitarlo, me odio”*; dificultad de toma de decisiones, que impiden el desenvolvimiento en sus diferentes tareas tanto como madres, esposas, amigas, hermanas, haciendo difícil la convivencia todo esto a raíz de la violencia intrafamiliar sufrida la cual es arrastrada en muchos casos desde la infancia y vivida a lo largo de los años, también agregamos como agravante el consumo de bebidas alcohólicas de las parejas como de otros miembros de la familia en reuniones o eventos, en los cuales la violencia pasa de psicológica a física dejando huellas imborrables como lesiones graves, y ante el temor de quedar solas y desamparadas callaron la violencia sufrida pero ante el desgaste y el temor de ser víctimas de feminicidio las lleva a pedir ayuda, no solo por ellas sino por sus hijos ya que a raíz de tener hijos no pueden cortar la relación que tienen con sus agresores.

Del mismo modo se corroboró con los estudios de Ortiz Gomez y morales Alemán (1999:503-8), los cuales mostraron que las cifras de violencia más elevadas se dan en mujeres de 44 a 64 años. Del mismo reportaron un predominio de mujeres que perciben violencia en las edades de 55 a 59 años. De su muestra 22,5% tiene depresión. Otros investigadores también reportan más violencia en edades medias de la vida. Las mujeres en este grupo de edad están expuestas a mayores niveles de depresión.

Se concluye que independientemente de la edad, las víctimas de violencia intrafamiliar presentan niveles altos de depresión.

CUADRO N° 12
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL

Nivel	Depresión*Estado civil						Total
	Soltera	Casada	Concubinato	Divorciada	Separada	Viuda	
Ausente	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Leve	1 9%	2 7%	1 5%	0 0%	0 0%	0 0%	4 6%
	2 18%	4 15%	2 11%	1 14%	0 0%	0 0%	9 13%
Grave	3 27%	5 19%	8 42%	2 29%	1 20%	0 0%	19 27%
	5 46%	16 59%	8 42%	4 57%	4 80%	1 100%	38 54%
TOTAL	11 100%	27 100%	19 100%	7 100%	5 100%	1 100%	70 100%

Fuente: Inventario de Depresión de BECK BDI-II

Elaboración: Propia

Los datos con mayor relevancia que se observan en el cuadro N° 8 reflejan que el 59% de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar pertenecen al estado civil de casadas, seguidamente del 42% de la población que vive en concubinato, el 46% son solteras, el 57% divorciadas, presentan **depresión extrema**.

Como se puede observar de manera general no existe diferencia entre un estado civil con otros, la violencia está presente en la vida de todas las mujeres, generando altos índices de depresión al estar cohibidas y guardar las apariencias en público, en la entrevista se expresaron así: *“vivo con tanto miedo que tengo pesadillas y despierto en las madrugadas llorando y ya no puedo dormir”*; *“siento que mi vida no tiene futuro porque a pesar de estar separada el me sigue buscando y agrediendo y así nunca poder vivir tranquila o feliz”*; *“me siento atrapada y angustiada todos los días desesperada no sé por qué”*; *“últimamente estoy renegando y enojada que les grito a mis hijos y hasta les pego después me arrepiento”*; *“varias veces me intentado suicidar, una vez me colgué con una soga y la última vez me tomé veneno pero me llevaron al hospital”*.

Con la entrevista semiestructurada se puede corroborar que efectivamente estas mujeres sufren de síntomas depresivos a causa de la violencia sufrida en sus hogares.

Por otro lado se puede evidenciar que a mayor compromiso social y familiar mayor nivel de depresión, al ser miembro de una comunidad y ser reconocida como la esposa o pareja fija, y al pertenecer a una familia les da un estatus social que se debe cuidar para no denigrar a la familia y el compromiso con los hijos, esposo, y familia extendida les genera síntomas de angustia, temor, al vivir episodios de violencia con las parejas como de otros miembros de la familia, al ser agredidas tanto psicológica, física como sexualmente, les provoca sufrimiento no pudiendo conciliar el sueño, viviendo sumergidas en la tristeza y pensamientos negativos tanto de sí mismas como del futuro, disminución del apetito reacciones agresivas ante los hijos irritabilidad constante ante cualquier ruido o cambio, y desagrado hacia la vida al haber sufrido tantos episodios de violencia en sus hogares.

Si bien todas las mujeres presentan el mismo cuadro depresivo, es mucho más evidente en aquellas que vienen sufriendo violencia desde la infancia naturalizando la violencia en sus vidas, pero de manera silenciosa, la depresión, se apodera de sus vidas generando disfuncionalidades en su conductas y actitudes, en su salud fisiológica y psicológica, disminuyendo el interés por las cosas y su propia vida. En este entendido se puede ver que no hay diferencias grandes entre un estado civil con otros, la violencia está presente en la vida de todas las mujeres de algún modo, así se tiene relatos de las mujeres participantes del estudio: *“a pesar de no vivir con él le tengo mucho miedo que no me deja tranquila y siempre estoy irritable enojada como dicen, fosforito”*; *“quisiera ya morirme, solo espero porque un hijo tiene que pegar a una madre porqué uno tiene que sufrir tanto, ya no como por la pena”*; *“todo el tiempo lloro de dolor y miedo porque no sé qué pasará con mi vida y mis hijos”*; *“cuando salgo a la calle me siento intranquila, porque tengo miedo de que me esté vigilando y que me haga algo”*. Con los hechos vividos y relatados por la población de estudio se evidencia que la violencia no tiene estatus social o estado civil, cualquier mujer está expuesta a vivir hechos de violencia.

En cuanto a las mujeres divorciadas y separadas, al encontrarse alejadas de los agresores, se podría decir que al romper el vínculo con la pareja se disminuirían los niveles de depresión pero no es así, al encontrarse solas, sin ayuda con los hijos estudiando y sin fuentes de trabajo seguros, agregando la carga emocional y traumas por violencias vividas en el pasado les genera mayor depresión, sintiéndose incapaces de salir adelante por sus propios medios y con temor a fallarles a los hijos, viven en constante estrés al no saber si trabajar o cuidar a los hijos y seguir viviendo agresiones por parte de las ex parejas, como amenazas, llamadas amedrentadoras hasta acosos, dejando que la angustia invada su diario vivir provocando dificultades en su salud y desarrollo social.

Del mismo modo, se corrobora con estudios realizados por Rosa Castillo (2008: 135), que menciona un hecho trascendente corresponde a que, en un alto porcentaje de los casos, el perpetrador del maltrato fue la pareja de la víctima, razón por la cual la condición de ser casada también se asoció con la depresión. Aunque en otros trabajos se ha encontrado que tener una pareja o estar casada disminuye las posibilidades de padecer depresión, nuestro estudio muestra que lo opuesto ocurre cuando se investiga la relación entre dicha enfermedad y la violencia doméstica.

En este sentido, concluye que las mujeres víctima de violencia intrafamiliar, que acuden a los servicios legales integrales municipales, independientemente del estado civil de las mismas, presentan niveles altos de depresión.

CUADRO N° 13

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN

Nivel	Depresión*Ocupación			Total
	Ocupación			
	Estudiante	Trabajo no remunerado	Trabajo Remunerado	
ausente	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%
Leve	1	1	2	4
	17%	4%	5%	6%
Moderada	1	1	7	9
	17%	4%	18%	13%
Grave	3	7	9	19
	50%	27%	24%	27%
Extrema	1	17	20	38
	16%	65%	53%	54%
TOTAL	6	26	38	70
	100%	100%	100%	100%

Fuente: Inventario de Depresión de BECK BDI-II

Elaboración: Propia

De acuerdo a los datos obtenidos del nivel de depresión según la ocupación de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar se observa que el 65% de la población que realizan trabajos no remunerados, presentan **depresión extrema**, esto permite inferir que a menor recompensa salarial y reconocimiento de las labores realizadas mayor grado de depresión, pudiendo suscitarse por la falta de empleos y tener que cuidar a los hijos y ocuparse de las necesidades de los miembros de su familia, que también es un factor para el sentimiento de inutilidad que tienen incrustadas en la mente, podría deberse también por la repetición constante de palabras ofensivas de parte del agresor, provocando falta de sueño, apetito, tristeza profunda, e impotencia ante la situación vivida y no encontrar solución al problema, que afecta su vida y desarrollo como madre, mujer y persona, así como refieren en la entrevista algunas de las encuestadas: “*me siento inútil al no poder tener dinero, impotente por no ayudar con dinero o cosas en mi casa*”; “*la preocupación es grande no puedo trabajar por mis hijos no hay quien los cuide y todo falta en mi casa, me voy a volver loca*”; “*mi marido me insulta y*

humilla eso me hace sentir tan culpable si pudiera trabajar tal vez no me trataría así”; *“con la preocupación ya no puedo dormir tanto grito, insultos y falta de dinero me desespera mucho”;* la situación económica por la que pasan, ha generado angustia, preocupación al sentirse impotentes de no poder salir a trabajar para alimentar a sus hijos y darles los cuidados que se ellos merecen.

Por otro lado, el 53% de la población de estudio, son mujeres con trabajos reenumerados, presentan **depresión extrema**, sin importar la ocupación que tenga la población en general sufre algún tipo de depresión y aún más, ante la frecuente violencia económica sufrida, estas mujeres tienden a independizarse económicamente con la intención de cortar la violencia en sus hogares pero sin importar los ingresos económicos obtenidos la violencia continua de parte de sus agresores, e incluso consideraban que al aportar económicamente en su hogar, su pareja cambiaría, así es como relatan algunas de las entrevistadas: *“yo pensaba que si trabajaba y ayudaba a mi marido el cambiaría pero no, más bien se volvió peor y yo camino muy triste nada me hace feliz, me siento desesperada”;* *“a pesar de trabajar, los malos tratos no terminan, estoy intranquila todo el tiempo porque me cela, mucho tengo mucho miedo”;* por otro lado la situación por la que están atravesando no ha permitido que ellas se concentren en sus fuentes laborales, llegando a sentirse culpables de lo sucedido, que ellas podían cambiar su situación si hubiesen trabajado antes, *“no me puedo concentrar en mi trabajo estoy irritable, enojada”;* *“me siento tan culpable por todo lo que paso que esa culpa me está matando”*. Se tiene estos y otros relatos de las víctimas que sufren violencia, también se evidencia que sin importar el trabajo ejercido o el ingreso económico, esta población presenta síntomas de depresión como las mencionadas anteriormente y otras como pensamientos suicidas, como irritabilidad y culpa por permitir tanta violencia y no solo contra ellas también en contra de sus hijos y no poder hacer nada para protegerlos les deja con sentimientos de inutilidad y desvalorización provocando niveles altos de depresión.

Por otro lado, en cuanto a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar se dedican a estudiar, el 50% de las mismas presentan **depresión grave**, confirmando que no existe

diferencia significativa entre las labores y ocupación que tienen las mujeres objeto de violencia con el nivel de depresión, en un porcentaje mayor de la población de estudio existen cuadros depresivos alarmantes, ante la desvalorización de la familia estas víctimas tienden a tener sentimientos de culpabilidad, irritabilidad dirigida a si mismas, en la entrevista se refirieron así: *“al no tener como sustentarme y no tener ayuda es desesperante porque me angustio demasiado por mi futuro”*; *“por pensar en mis problemas ya no puedo estudiar, en mi cabeza se repiten los insultos y siento ira”*; *“por las amenazas de mi ex novio con la preocupación no puedo dormir porque él me acosa y tengo miedo”*. La atemorizarían que sufren por parte de los agresores les genera angustia y no les permite desarrollar sus actividades de manera normal, así podemos evidenciar que sin importar la ocupación que tengan estas mujeres el hecho de ser víctimas de violencia les provoca síntomas depresivos, la familia como el agresor no reconocen los esfuerzos realizados de las mismas y están continuamente sometidas a agresiones, provocando tristeza acompañada de llanto constante y angustia por lo que sucederá, mucha culpa por no poder aportar lo suficiente al hogar sintiéndose inferiores.

Se concluye que las mujeres víctimas de violencia, independientemente de tener un trabajo no remunerado y remunerado, presentan niveles altos de depresión.

5.3 AUTOESTIMA

La autoestima es importante en la vida de las personas y una de las variables significativas de la psicología.

Según Rosemberg (2000), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

De esta manera se presentan los datos de los niveles de la autoestima que permiten caracterizan a las mujeres víctimas de violencia, en base al tercer objetivo específico el cual es, “Valorar el nivel de autoestima que presentan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM de la ciudad de Tarija”.

CUADRO N° 14
NIVEL DE AUTOESTIMA

AUTOESTIMA		
Niveles	Frecuencia	%
Elevada	4	5
Normal	20	29
Baja	46	66
Total	70	100

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg

Elaboración: Propia

En el cuadro general del nivel de autoestima, se puede constatar que el 66% de las mujeres víctimas de violencia presentan un **nivel bajo de autoestima**, este término alude a mujeres objeto de violencia en las cuales prima un sentimiento de inseguridad e incapacidad con respecto a si mismas, existiendo predisposición al fracaso debido a que se concentran en los fracasos pasados y metas sin alcanzar existiendo también falta de valoración de sus capacidades, falta de confianza en sí mismas, descontentas con su manera de ser y actuar al permitir las agresiones en sus vidas a consecuencia de la

violencia intrafamiliar sufrida en muchos casos desde la niñez, a lo largo de toda su vida y diferentes tipos de violencia estipulados en la ley integral N° 348 como ser la violencia psicológica, física, económica entre otros, la violencia psicológica es la principal causante de la baja autoestima porque el lenguaje verbal como no verbal son las que generan inseguridad, desconfianza de sí mismas mutilando su psique, también el entorno y sociedad donde se desenvuelven, les genera baja autoestima al no comprender el estado emocional de las mujeres víctimas de violencia, haciéndose dependientes de sus agresores, cortando toda relación con el mundo exterior por temor a sufrir más de lo que están sufriendo, así es como lo indican algunas de las entrevistadas: *“me siento la peor cosa del mundo, no sirvo para nada”*; *“usted no imagina mi dolor ni como me siento, toda mi vida me he sentido una inútil, que no soy capaz de hacer nada por mí misma”*; *“siempre he pensado que soy fea además mi marido me dice vaca fea y así me siento tanto que me dice pienso que es verdad”*; *“me siento fracasada, que no sirvo para nada debería desaparecer de este mundo”*; *“estoy asqueada de mí misma”*. Se puede evidenciar que las mujeres víctimas de violencia tienden a tener una autoestima baja y denigrarse a sí mismas, también varía la percepción y valoración de sí mismas, dependiendo de muchos factores, como la opinión de los demás sobre todo de su entorno familiar y en especial de sus parejas o exparejas, una opinión mal dirigida puede provocar que la autoestima normal se venga abajo comenzando a valorarse de manera negativa.

Como indica Bersing, (2000), la autoestima es el grado en que una persona se siente, valiosa y competente. La persona con una baja autoestima puede verse a sí misma como inútil, dependiente, abrumada, angustiada y con mucho miedo. Estas sensaciones pueden llevarla a evadirse de la realidad o a manifestar síntomas depresivos desde ligeros hasta muy graves, con consecuencias familiares y sociales muy negativas.

Esto puede deberse a que gran parte de las mujeres víctimas de violencia temen mostrar debilidad ante la sociedad, por lo que Rosenberg (2000; 25; 26 y 29) hace referencia que *“Las personas con baja autoestima usan prejuicios, se sienten acorralados, amenazados por lo que tratan de defenderse y amenazan a los demás, dejan dirigir su*

vida por los demás, se estancan no aceptan su evolución, no conocen sus sentimientos, los reprimen o deforman lo que les impide a su vez aceptar los sentimientos de los demás, no aceptan su error, ni reconocen sus derechos y obligaciones, diluyendo sus responsabilidad al no enfrentar su crecimiento y viviendo de manera mediocre, no se autoevalúa, necesita de la aprobación de los demás y se pasa emitiendo juicios hacia sí mismo y hacia los demás”.

CUADRO N° 15
NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA

Nivel	Autoestima* violencia				Total
	tipo de violencia				
	Violencia Física	violencia Psicológica	violencia Física y Psicológica	violencia Psicológica y Económica	
Elevada	1	3	0	0	4
%	6%	13%	0%	0%	6%
Normal	4	5	8	3	20
%	22%	22%	36%	43%	28%
Baja	13	15	14	4	46
%	72%	65%	64%	57%	66%
TOTAL	18	23	22	7	70
%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg

Elaboración: Propia

El cuadro permite apreciar los niveles de autoestima según los tipos de violencia que vivieron y vive la población de estudio, una valoración de parte de las mujeres a sí mismas, de manera general, se observa altos porcentajes de **autoestima baja**, independientemente al tipo de violencia que fueron parte, no existe diferencia alguna con la autoestima que presentan estas mujeres, por lo que los datos muestran que el 72% de las mujeres que acuden al SLIM, de la ciudad de Tarija sufren violencia física, del mismo modo se tiene con un 65% de víctimas que sufren violencia psicológica, sin

dejar de lado el 64 % de las mujeres son agredidas física y psicológicamente y por último se tiene el 57% de la población sufre violencia psicológica y económica.

Esto debido a la desvalorización continua de parte de sus agresores, sin importar el tipo de violencia sufrida, estas agresiones generan sufrimiento, impotencia y con ello depreciación de sí mismas y con una auto imagen débil o nula. El hecho de estar continuamente sometidas a la violencia dentro del núcleo familiar es aún más traumático ya que en este ambiente es donde deben estar protegidas y cuidadas pero la realidad es diferente, donde sus derechos son vulnerados, al respecto se obtuvieron los siguientes relatos: *“al verme al espejo me detesto, me odio, quisiera ser otra persona”*; *“odio mi cuerpo, no me gusta como soy”*; *“siento que no sirvo para nada, soy una inútil”*; *“no merezco el cariño de mis hijos, soy una mala madre”*; *“me siento incapaz de lograr algo”*; *“no hay de que sentirme feliz y orgullosa”*; *“cuanto quisiera verme más bonita o vestirme mejor así no me vería tan horrible como nada”*. La autoestima se debe a la valoración y estima de sí misma, pero el estar sometidas a agresiones repetidas con palabras denigrantes, insultos, críticas que las desvalorizan, destruye la auto imagen de las mujeres haciéndolas sentir menos e incluso percibiéndose inútiles y sin valor alguno como mujeres y personas.

Los datos encontrados en la población de estudio, pueden ser corroborados con estudios en otros contextos, tal es el caso de una investigación realizada en Juliaca, por Chipana H. Rene y otros (2015), en dicho estudio se hizo un análisis del nivel de autoestima con la violencia que sufren las mujeres asistentes al Puesto de Salud Los Choferes, en Setiembre - noviembre del 2015. Se encontró que de 28 mujeres que corresponde al 35.7% manifestaron la existencia de violencia psicológica o física en ellas el 28.1% tuvieron una autoestima media, seguida del 3.8% donde su autoestima fue baja y el 3.8% la autoestima en la mujer fue alta. Lo cual nos permite concluir que existe asociación entre la existencia de la violencia en la mujer con el nivel de autoestima, por lo que independientemente del tipo de violencia que reciban, éstas presentan una autoestima alta.

CUADRO N° 16

NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN EL PARENTESCO CON EL AGRESOR

Nivel	autoestima*Parentesco							Total
	Parentesco con el agresor							
	Concubino	Esposo	Enamorado	Ex esposo	Ex concubinato	Ex enamorado	Hijo/a	
Elevada	1	2	0	0	1	0	0	4
	5%	7%	0%	0%	8%	0%	0%	6%
Normal	7	5	0	4	2	1	1	20
	37%	19%	0%	57%	15%	50%	100%	28%
Baja	11	20	1	3	10	1	0	46
	58%	74%	100%	43%	77%	50%	0%	66%
TOTAL	19	27	1	7	13	2	1	70
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg

Elaboración: Propia

De acuerdo con los datos obtenidos en la gráfica del cuadro N° 15, se puede evidenciar de manera general que las mujeres que sufren violencia intrafamiliar, presentan en su mayoría un nivel de autoestima baja independientemente de quien sea su agresor, entre los datos más relevantes se puede indicar que el 77% que sufrió violencia por parte de sus ex concubinos presentan un autoestima baja, seguidamente el 74% que sufren violencia por parte de sus esposos, como también 58% de sus concubinos y 100% de las víctimas que son agredidas por el enamorado.

Se puede evidenciar que sin importar el parentesco que se tiene con los agresores generan autoestima baja en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, tales como la desvalorización personal, así como lo indican algunas de las entrevistadas: “antes me sentía capaz de todo, ahora me siento inútil, perdedora”; “tantas veces que me dijo que soy gorda y fea, ahora me siento fea, gorda como una vaca”; “la verdad no se hacer nada soy una inútil y tonta, no sirvo para nada”; “siento que nadie me quiere si yo misma me veo terrible”. El tener la autoestima baja genera una depreciación y rechazo de sí mismas generando indignación por su forma de ser o verse físicamente,

no sienten respeto ni cariño por ellas mismas. Causando inseguridad e inestabilidad en su estado de ánimo, provocando problemas de socialización al inhibirse en sí mismas.

Las mujeres agredidas por el ex concubino o ex enamorado, presentan autoestima baja, a pesar de que ellas ya no conviven con sus agresores, verificando claramente que sin dar relevancia al tipo de parentesco que se tenga con los agresores, la violencia ejercida por los mismos generan inseguridad, pensamientos negativos y desvalorización continua de sí mismas al estar amedrentadas y amenazadas continuamente por los agresores, al respecto se obtuvieron las siguientes experiencias: *“pensé que cambiaría mi vida al separarme de mi pareja pero igual me siento mal, que no valgo nada”*; *“nunca seré capaz de hacer las cosas bien, todo lo hago mal”*; *“ por más que me arreglo nunca puedo verme bonita o bien me siento como un monstruo”*; *“creo que todo lo que me dijo mi ex pareja es verdad ya que no soy capaz de nada no tengo trabajo creo que nunca tendré por que no se hacer nada”*; *“tengo tanto miedo de fracasar y de ser solo un estorbo”*. Al ver estos resultados se observa que no existe diferencia significativa entre los diferentes parentescos que se tiene con los agresores y la baja autoestima, se infiere que la violencia sufrida con el tiempo genera baja autoestima creando mujeres sumisas e inseguras e incapaces de realizarse como mujeres, madres y personas, al estar sometidas a las agresiones existentes en sus hogares o entorno.

Se concluye que las mujeres objeto de estudio, independientemente del tipo de parentesco que se tiene con los agresores presentan niveles bajos de autoestima.

CUADRO N° 17

NIVEL DE AUTOESTIMA Y RANGO DE EDAD

Autoestima* Edad						
Nivel	Rango de edad					Total
	18-25	26-33	34-41	42-49	50-Mas	
Elevada	2	1	1	0	0	4
%	14%	5%	8%	0%	0%	6%
Normal	2	6	3	7	2	20
%	14%	27%	23%	47%	33%	28%
Baja	10	15	9	8	4	46
%	72%	68%	69%	53%	67%	66%
TOTAL	14	22	13	15	6	70
%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg

Elaboración: Propia

En este cuadro se presentan los datos más notables sobre el rango de edad y nivel de autoestima de mujeres que sufren violencia intrafamiliar constantemente, los resultados se reflejan en el 68% de las mujeres que se encuentran entre las edades de 26 – 33 años presentan un nivel de autoestima baja, seguidamente el 72% de mujeres que oscilan entre la edad de 18 – 25 años, al igual que el 69% de mujeres se encuentran en un intervalo de 34 – 41 años de edad, del mismo modo se observa que el 53% se encuentra entre la edad de 42 – 49 años, por último el 67% de las mujeres que se oscilan entre los 50 o más edad, todas las edades sin distinción alguna presentan una **autoestima baja**, es decir que no existe una diferencia significativa entre las diferentes edades que oscila la población de estudio en relación a la baja autoestima, esto al estar sujetas a sufrir violencia en sus hogares, provocando tristeza incontrolable, pérdida del sueño por las noches, despertando espontáneamente con llanto o gritos, sintiendo desesperanza y refugiándose en pensamientos de muerte y terminar con toda la carga que acongoja su diario vivir, del mismo modo se evidencia el auto desprecio y auto concepto negativo de sí mismas con mensajes negativos sobre el aspecto físico, al no

sentirse hermosas, esto por recibir constantemente mensajes negativos por parte de sus agresores las cuales influyen en la autoestima de estas mujeres afectando su auto confianza, desvalorizando *su* autoimagen, al considerarse menos que las demás.

También se puede inferir que a menor edad mayor nivel de baja autoestima, esto debido que están en constante búsqueda de la aceptación, y al verse madres jóvenes las desvaloriza ante los demás al no poder continuar con sus objetivos y truncar un mejor futuro para ellas, al respecto algunas mujeres víctimas de violencia indican: *“siento que he echado a perder mi vida, siento que nunca más poder hacer lo que quería”*; *“soy tan sonsa por haber creído en mi pareja y hora con hijo no podré estudiar más nunca are nada bueno en mi vida como lo dice él”*; *“uno se siente mal y menos que las demás por que tus compañeras de curso están en la universidad y tú te embarazas y tienes un marido que te insulta y te engaña te sientes tonta e inútil”*; *“no sirvo para nada me siento como basura”*; se sienten desvalorizadas con la autoestima destruida, al sentirse como objetos de uso desechable y que no tienen valor alguno, estas frases son alimentadas a diario por sus parejas u otro miembro de la familia que a diario desgarran la auto confianza, el valor como mujer y persona y sobre todo la autoimagen que tienen de sí mismas.

Se concluye que las mujeres que acuden a los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de Tarija que, independientemente de la edad, presentan niveles bajos de autoestima.

CUADRO N° 18

NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN EL ESTADO CIVIL

Nivel	Autoestima*Estado civil						Total
	Estado civil						
	Soltera	Casada	Concubinato	Divorciada	Separada	Viuda	
Elevada	1	2	1	0	0	0	4
	9%	7%	5%	0%	0%	0%	5%
Normal	3	5	7	4	0	1	20
	27%	19%	37%	57%	0%	100%	29%
Baja	7	20	11	3	5	0	46
	64%	74%	58%	43%	100%	0%	66%
TOTAL	11	27	19	7	5	1	70
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg

Elaboración: Propia

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro N° 17 se observa lo siguiente, en cuanto al cruce de variables del nivel de autoestima y el estado civil de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar se recurrieron a los datos más notables así el 74% de mujeres son casadas, con un porcentaje del 58%, viven en concubinato, el 64% de las mujeres son solteras, y el 100% de las mujeres separadas, presentan un nivel de **autoestima baja**, por tanto se distingue que no existe una diferencia significativa en el nivel de autoestima en relación al estado civil que presentan las mujeres que sufren violencia en el hogar.

Esta población se caracteriza por tener altos índices de baja autoestima, sin hacer diferencias en cuanto al estado civil que estas tengan, ya que la diferencia encontrada con el estado civil es mínima. Estas se caracteriza por la desvalorización como personas y sobre todo como mujeres por el hecho de sentirse inferiores a las demás personas, llegando al grado de no sentir respeto por sí mismas, y tener un auto concepto distorsionado a causa de la violencia psicológica atravesada en continuidad y palabras ofensivas dejando huellas imborrables en la memoria de las mujeres logrando interiorizar las palabras denigrantes y destructivas que reciben a diario de parte de

algún familiar creando mujeres vulnerables y con una autoestima fragmentada, pensamientos negativos y autodestructivos, tal como lo relatan algunas de las entrevistadas: “*no me gusta verme en el espejo porque siento que estoy muy fea*”; “*odio mi cuerpo, me odio a mí, por ser como soy*”; “*me siento vieja y panzona nada me queda me veo cuadrada*”; “*no sirvo para nada*”. Es evidente el daño psicológico producido por la violencia que sufren en sus diferentes dimensiones como la percepción que tienen de sí mismas al enfrentarse con su imagen en el espejo solo ven una sombra y rostro perdido, inseguridad e imagen desagradable, al igual que sentimientos de inutilidad al considerar que no saben hacer nada bien, y no siente orgullo de sus logros o respeto de sí mismas, consideran que son malas personas por su forma de ser, actitud ante los demás y la poca relación con sus pares esto por la falta de seguridad, autoconfianza las lleva al aislamiento y soledad deteriorando las relaciones sociales como la salud en general.

Sin embargo es importante hacer relevancia a que el 57% de las mujeres víctimas de violencia que se encuentran con estado civil de divorciadas y presentan autoestima normal, pueda deberse a que esta población está saliendo del círculo de violencia, y el hecho de estar divorciadas les genera confianza en sí mismas y son autosuficientes al momento de tomar decisiones y contar con un sustento económico, y cortar el lazo afectivo que las mantenía unidas a sus agresores, es uno de los principales efectos que aumenta la autoestima de estas mujeres.

Se concluye que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, en su mayoría presentan niveles bajos de autoestima.

CUADRO N° 19
NIVEL DE AUTOESTIMA Y OCUPACIÓN

Autoestima*Ocupación				
Nivel	Ocupación			Total
	Estudiante	Trabajo no Renumerado	Trabajo Renumerado	
Elevada	1	2	1	4
	16%	8%	3%	6%
Normal	1	8	11	20
	17%	31%	29%	28%
Baja	4	16	26	46
	67%	61%	68%	66%
TOTAL	6	26	38	70
	100%	100%	100%	100%

Fuente:

Escala de Autoestima de Rosenberg

Elaboración: Propia

En el presente cuadro se refleja la información del cruce de variables entre el nivel de autoestima y ocupación de las mujeres objeto de violencia que acuden a los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de Tarija.

De acuerdo a los datos expresados y relevantes, el 61% de las mujeres que se encuentran con trabajos no remunerados, como las labores del hogar y ayudar a la pareja en el trabajo pero que lamentablemente estas tareas no sean reconocidas por la familia y agresores: el 68% que se dedican a trabajos remunerados o reconocidos económicamente, y el 67% que son estudiantes, presentan **autoestima baja**, identificando que a pesar de tener trabajo remunerado estas mujeres al igual que las que desarrollan trabajos no reconocidos presentan autoestima baja por lo que no existe diferencia significativa en cuanto a la ocupación que la mismas muestran, por tanto se infiere, que esto se debe a que esta población de estudio esta o estuvo sometida a la vejación y con ello la falta de autocontrol, una imagen distorsionada de sí mismas como su auto imagen, llegaron a naturalizar la violencia en sus hogares y su entorno; los hechos de violencia sufridos les lleva a la autodestrucción individual, por la falta de

amor, cariño atención, respeto, que sin importar la actividad a la que se dedican, sufren silenciosamente, viven inseguras de sí mismas y esto dificulta sus actividades cotidianas tanto en el trabajo como en sus hogares.

La autoestima baja que presentan estas mujeres muestra la destrucción gradual de la autoimagen, autoconfianza, como la percepción distorsionada del cuerpo, algunas de las entrevistadas refieren: *“mis padres y pareja dicen que nunca podré estudiar y eso creo que es cierto no he podido aprobar algunas materias y siento que soy una inútil”*; *“loca, enferma quien te va querer”*; *“a pesar de poder estudiar me siento tan poca cosa, menos que mis demás compañeras”*; *“no importa lo que uno haga nunca es bueno o suficiente siempre termino arruinando todo y sintiéndome poca cosa”*. Con los relatos de las víctimas podemos inferir que las mismas al sufrir violencia de la familia y su entorno afectivo que constantemente dirigen mensajes negativos y son denigradas por la propia familia y consideradas inservibles de esa manera dejando perforaciones profundas en el auto concepto y sí mismas perdiendo la confianza, capacidad y sintiéndose derrotadas e inútiles al sufrir que fracasaron como hijas, madres, y esposa al igual que como mujeres.

Algunos estudios indican que el nivel de autoestima de las mujeres que han padecido violencia de género es menor que la población general, sin que haya diferencias en función del tipo de maltrato padecido (Echeburúa et al., 1997).

Se concluye que las mujeres víctimas de violencia que acuden a los Servicios Legales Integrales Municipales, independientemente del tipo de ocupación presentan niveles bajos de autoestima.

5.4 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A continuación, se presentan los datos más relevantes del estrés postraumático que caracterizan a las mujeres víctimas de violencia, en cuanto al cuarto objetivo específico, “Identificar el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM de la ciudad de Tarija”, la cual nos brinda la siguiente información.

CUADRO N° 20

NIVEL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO		
	Frecuencia	%
Presenta	63	90
No presenta	7	10
Total	70	100

Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático de Enrique Echeburua

Elaboración: Propia

Como se puede apreciar de manera general en el cuadro N° 19, en relación a la presencia de estrés postraumático, se tiene que el 90% del 100% de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM, **presentan estrés postraumático crónico**, que comprende un conjunto de síntomas físicos y psicológicos al igual que recuerdos recurrentes de los hechos violentos perpetuados por los agresores, dificultad en el sueño, evitación de estímulos que se relacionan con el trauma, disminución de interés por las actividades y escasa proyección hacia el futuro, síntomas que experimentan las mujeres que se enfrentaron a hechos de violencia donde su integridad mental, física haya sufrido daños al igual que peligrado su vida y que los síntomas se prolonguen por un periodo superior a 3 meses, donde a consecuencia de ser víctimas de violencia intrafamiliar adquieren el trastorno de estrés postraumático, en el entorno en el que se desenvuelven y en el ambiente en el cual se desarrollaron ya que muchas de ellas describen haber sufrido violencia física, psicológica, sexual, y económica desde pequeñas y al formar una familia nueva la violencia continuo por

parte de la pareja y en muchos casos de parte de otro familiar o de los propios hijos al quedar viudas, el ciclo de violencia al no cesar provoca que la mujeres víctimas de violencia presenten estrés postraumático al estar expuestas por mucho tiempo a agresiones, provoca serias secuelas en la psique de las mismas, al respecto se obtuvieron los siguientes relatos: *“son tantos años de maltrato que me duele mucho recordar cada golpe e insulto es como si me lo estuviera diciendo aquí ahora”*; *“cuando veo mujeres que sufren como yo me da rabia y duele mucho es como si me estarían pegando a mí y me pongo a llorar”*; *“no me gusta ir a la casa de mis suegros odio esa casa, me da miedo hay viví muchos años donde mi esposo me pegaba y nadie me defendía, no quiero ir”*; *“no sé por qué siempre estoy enojado y exploto de repente con mis hijos y les pego”*.

Corroborando la información obtenida, se tiene a Golding, (1999), del estudio de metaanálisis en el que fueron revisados 11 trabajos que relacionaban violencia doméstica y Trastorno de Estrés Postraumático, se desprende que la tasa de prevalencia de esta categoría diagnóstica en las mujeres maltratadas oscila entre un 31% y un 84.4%, con una media ponderada de un 63.8%, una tasa muy superior a la encontrada en la población general de mujeres, en la que se estima que entre un 1.3% y un 12.3% han padecido este trastorno a lo largo de su vida.

Así también otro estudio para corroborar los datos obtenidos se debe mencionar a los estudios realizados para determinar consecuencias de la situación de maltrato en mujeres, en el cual se constata un porcentaje elevado de cronicidad *“cuanto más tiempo dura la relación con el maltratador más fácilmente aparece el trastorno por estrés postraumático”*.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV-TR), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas, de la existencia de acontecimientos de agresión física o que representan una amenaza para su vida, su integridad física o la de otra persona, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror. Este es el primer criterio para su diagnóstico,

catalogado como criterio A, que pone énfasis en la amenaza física, así como en la presencia de una clara percepción de amenaza grave producto de ella.

CUADRO N° 21

NIVEL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA

Estrés postraumático*Violencia					
Nivel	Tipo de violencia				Total
	Violencia Física	Violencia Psicológica	Violencia Física y Psicológica	Violencia Psicológica y Económica	
Presenta	17 94%	21 91%	19 86%	6 86%	63 90%
No Presenta	1 6%	2 9%	3 14%	1 14%	7 10%
TOTAL	18 100%	23 100%	22 100%	7 100%	70 100%

Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático de Enrique Echeburua
Elaboración: Propia

De acuerdo a los resultados presentados en el cuadro N° 20 el cual hace referencia a la presencia de estrés postraumático de las mujeres víctimas de violencia según el tipo de violencia que viven y vivieron, se tiene que el 94% de las mujeres víctimas de violencia física, el 91% de mujeres de violencia psicológica, el 80% de violencia física y psicológica, y el 86% de mujeres de violencia psicológica y económica, **presentan estrés pos traumático**, lo que indica que no existe diferencia del estrés postraumático que presentan en cuanto a la violencia que hayan vivido.

Si bien no existe diferencia en el estrés postraumático que presentan, la situación por la que atraviesa cada mujer, es necesario hacer un análisis para cada tipo de violencia, debido a que cada grupo pasa por distintas situaciones que ha llevado a manifestar los síntomas de este trastorno.

En cuanto a las mujeres de sufrieron violencia física, al estar mucho tiempo sometida a este tipo de violencia que genera cicatrices imborrables del cuerpo provocados por los golpes recibidos y que muchas tuvieron abortos a consecuencia de las agresiones

físicas, muchas otras más fueron víctimas de violencia desde su niñez, así como menciona algunas de las entrevistadas: *“Desde niña mis papás me pegaban por todo y por nada y pensé que tener mi pareja o casarme sería feliz pero no, el comenzó a pegar a los 6 meses de vivir juntos, así embarazada me pegaba no le importaba que esté en estado igual me daba lapos, me empujaba, insultaba y muchas veces me obligaba a tener relaciones sexuales”*; *“recuerdo que cuando era chiquita mis papá y mamá me estropeaban, me pegaban y votaban cuando me junte nada cambio mi marido me sigue estropeando”*. Como se puede observar en el relato de una de las víctimas, el estar expuestas tantos años a violencia física, genera en ella un trauma con el miedo a que se vuelva a repetir la situación en la que vivieron, sin embargo, algunas mujeres creían que al casarse la violencia que vivieron en su niñez iba a acabar, más por el contrario esta empeoró al vivir con sus parejas.

Así mismo las mujeres víctimas de violencia psicológica, se puede indicar que el estar en constante agresión verbal, e indiferencia por la persona cercana, gritos, insultos, reclamos, celos, e infidelidad continua genera trastornos en las mujeres afectadas en este caso estrés pos traumático.

El hecho de estar en continua agresión ya sea por cualquier tipo de violencia a la larga secuelas de por vida y trastornos que afectan sus vidas desequilibrando las relaciones sociales y tareas realizadas día a día, por lo que ver noticias, o enterarse que otra persona está pasando por lo mismo que pasaron les hace revivir escenas traumáticas, generando en ellas dolores de cabeza, angustia, nervios por el miedo a revivir esa situación, como relatan algunas de las participantes: *“he vivido por muchos años en violencia y cuando veo aunque sea por las noticias me duele mucho y me recuerda todo lo que eh vivido”*; *“tengo miedo a enamorarme o tener pareja otra vez sé que me va volver a maltratar sea quien sea”*.

Corroborando lo mencionado con estudios realizados por Echeburúa; (2005) que afirma que el carácter intencionado que subyace a la violencia y que la distingue de otros sucesos traumáticos, es un agravante del daño psicológico. Añade que ante un suceso provocado deliberadamente las estrategias de afrontamiento serían más escasas

en comparación con un suceso negativo de carácter fortuito, frente al que se podrían establecer estrategias basadas en la resignación o en aspectos religiosos para sentirse reconfortada. Si además el acontecimiento traumático provoca heridas físicas concomitantes, como ocurre frecuentemente en las víctimas de violencia doméstica, la probabilidad de desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático y la gravedad del mismo aumentan significativamente.

Se concluye que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, independientemente del tipo de violencia, presentan niveles altos de estrés postraumático.

CUADRO N° 22

NIVEL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN EL PARENTESCO CON EL AGRESOR

Estrespostraumatico *Parentesco								
Parentesco con el agresor								
Nivel	Concubino	Esposo	Enamorado	Ex esposo	Ex concubinato	Ex enamorado	Hijo/a	Total
Presenta	17 89%	24 89%	0 0%	7 100%	12 92%	2 100%	1 100%	63 90%
No Presenta	2 11%	3 11%	1 100%	0 0%	1 8%	0 0%	0 0%	7 10%
TOTAL	19 100%	27 100%	1 100%	7 100%	13 100%	2 100%	1 100%	70 100%

Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Enrique Echeburua

Elaboración: Propia

De acuerdo a los resultados que se tienen según la presencia de estrés postraumático y el parentesco con el agresor, el 89% de las víctimas de estudio que son agredidas por los concubinos, el 89% de las mujeres que son agredidas por sus esposos, el 92% por sus ex concubinos, como también el 100% de las víctimas agredidas por sus ex esposos, ex enamorado, e hijo, **presentan estrés postraumático**. Es evidente que, sin importar el parentesco con el agresor, las víctimas presentan los síntomas característicos de estrés postraumático que según el DSM- IV R (2000) son, “la reexperimentación del

acontecimiento traumático, la evitación de estímulos asociados, un estado de hiperactivación”.

Muchas de las víctimas están unidas afectivamente a sus agresores tomando en cuenta el tiempo de convivencia y agresiones vividas en sus hogares, las secuelas de estos hechos abusivos generan problemas en su salud, entorno en el que se desenvuelven y en sus labores de madres, viviendo sumergidas en tristeza, dolor y desconfianza en sí mismas y en los demás.

Por otro lado, ex concubinos, ex enamorados, como también ex esposos, a pesar de tomar distancia con los agresores estos continúan ejerciendo violencia sobre ellas como ser amenazas, chantajes, humillaciones, incluso agredidas físicamente, agregando que estas mujeres fueron víctimas de violencia desde la infancia o al formar sus hogares les trae síntomas del estrés postraumático. Así expresan algunas entrevistadas: *“tengo tanto miedo que cuando suena el teléfono me pongo a temblar y pienso que es él”; “cuando recuerdo como me pegaba e insultaba es como si estuviera pasando, mi cuerpo tiene miedo y siento dolor no sólo de mi cuerpo sino adentro”; “cuando estoy sola recuerdo sin querer todo lo que me paso y lloro y me siento muy desdichada”; “todos los días sufro por los maltratos de mi marido, sus insultos, los golpes, hasta las violaciones que me hace y solo quiero morirme”*.

Verificando lo mencionado con estudios realizados por, Amor y otros, (2002) afirman que el carácter reciente de los episodios violentos está asociado tanto al Trastorno de Estrés Postraumático como a la sintomatología ansiosa y depresiva que manifiestan las víctimas. En este sentido, las mujeres maltratadas que continuaban conviviendo con el agresor o que se había separado recientemente mostraban una mayor gravedad de la sintomatología postraumática. Sin embargo, como ya se ha comentado, es frecuente que aun cuando ha finalizado la relación, la mujer maltratada continúe manteniendo contacto con el agresor, durante el proceso de separación o el régimen de visitas a los hijos, siendo el maltrato, que generalmente sigue sufriendo en estos encuentros, un importante agravante de la sintomatología postraumática. Concluyen en su estudio que cuanto más reciente había sido el último episodio de maltrato mayor era la intensidad

del trastorno de estrés postraumático, sobre todo si durante el mismo la mujer había sido forzada a establecer relaciones sexuales. La relación entre maltrato sexual y TEPT ha sido encontrando que la violencia doméstica que incluye abuso sexual aumenta la probabilidad de desarrollar este trastorno y correlaciona positivamente con la gravedad del mismo. Una investigación reciente nuevamente confirma estos resultados. En el estudio en el que participaron 406 mujeres, encontraron una mayor prevalencia del TEPT.

Se concluye que las víctimas de violencia que acuden a realizar denuncia al SLIM. Independientemente del tipo de parentesco que se tenga con el agresor, presentan niveles altos de estrés postraumático.

CUADRO N° 23
NIVEL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN LA EDAD

Estrés postraumático*Edad						
Nivel	Rango de edad					Total
	18-25	26-33	34-41	42-49	50-Mas	
Presenta	12	20	12	14	5	63
	86%	91%	92%	93%	83%	90%
No presenta	2	2	1	1	1	7
	14%	9%	8%	7%	17%	10,%
TOTAL	14	22	13	15	6	70
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Enrique Echeburua

Elaboración: Propia

De manera general en el cuadro se puede observar que la mayoría de las mujeres, **presenta síntomas de estrés postraumático**, no existe diferencia entre los grupos de edades presentados en el cuadro, ya que el 91% de las mujeres que sufren violencia intrafamiliar entre las edades de 26 – 33 años, el 86% de las mujeres entre la edad de

18 – 25 años de edad, el 92% entre en la edad de 34 – 41 años, como también el 93% que oscila entre la edad de 42 – 49 años, por último el 83% de mujeres entre los 50 años adelante, datos significativos que reflejan estrés postraumático que presentan las víctimas de violencia intrafamiliar.

Es evidente que las mujeres objeto de estudio presentan altos índices de estrés postraumático, esto al haber estado expuestas a episodios de violencia física, psicológica o mediática constantes durante mucho tiempo, lo cual genera síntomas de reexperimentación al tener recuerdos desagradables y sueños repetitivos de los sucesos de violencia y maltrato recibido, al sentir irritabilidad tienen una conducta y sentimiento igual o peor a lo vivido anteriormente y ante cualquier estímulo ya sea interno como externo, tales como escuchar música, ver noticias, o escuchar conversaciones referidas a violencia, generan reacciones fisiológicas, que provocan angustia, dolor y llanto ante la impotencia de no poder ayudar y lo peor de no poder tener el valor de salir del mundo violento al que está expuesta.

Así mismo ostentan síntomas de evitación, continuamente evitan pensar o recordar los hechos de violencia para no ser heridas y auto protegerse de sí mismas al aislar los pensamientos y recuerdos desagradables, al igual evitan lugares o eventos donde sucedieron actos de violencia, en la actualidad se sienten incapaces de amar o rehacer sus vidas consideran que la violencia retornará con más fuerza y prefieren el aislamiento como escudo de protección para no ser lastimadas.

Por otro lado, se representa síntomas de aumento de la activación, se encuentran en constante alerta por ello no concilian el sueño quedando despiertas en las noches, y al salir a la calle con frecuencia voltean a los lados porque tienen la idea de ser perseguidas y vigiladas, no logran concentrarse en una cosa por mucho tiempo y tienen explosiones de ira ante cualquier situación.

Se concluye que las mujeres víctimas de violencia, independientemente de la edad de las mismas presentan niveles altos de estrés postraumático.

CUADRO N° 24

NIVEL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN EL ESTADO CIVIL

Estrés postraumático	Estrés postraumático*Estado civil						Total
	Estado civil						
	Soltera	Casada	Concubinato	Divorciada	Separada	Viuda	
Presenta	10	24	17	7	4	1	63
	91%	89%	90%	100%	80%	100%	90%
No presenta	1	3	2	0	1	0	7
	9%	11%	10%	0%	20%	0%	10%
TOTAL	11	27	19	7	5	1	70
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Enrique Echeburua
Elaboración: Propia.

En el cuadro general de la escala de estrés postraumático en relación al estado civil de las mujeres objeto de violencia intrafamiliar, se presentan los datos más llamativos como que el 89% de las mujeres casadas, el 90% de las mujeres viven en concubinato, así mismo el 91% de las mujeres solteras, el 100% de las mujeres divorciadas, por último el 80% de las mujeres separadas, **presentan estrés postraumático**, esto nos muestra que no existe diferencia significativa entre el estado civil y la presencia de estrés postraumático de las mujeres que sufren violencia en su domicilio. Al estar expuestas a violencia por parte de la familia provocaron secuelas irremediables en la personalidad de estas mujeres se generarán síntomas de reexperimentación, de evitación al igual que del aumento de la activación: al respecto se obtuvieron los siguientes relatos: *”al ver chicas con bebés y llorando, de repente me veo a mí y siento mucho dolor dentro de mí al recordar que arruine mi vida al casarme”*; *“sin querer a veces escucho música y todo lo que me pego insulto viene a mi mente como nube negra y comienzo a renegar y sufrir, es como si estaría en ese momento”*; *“por más que siga con mi esposo lo odio y aborrezco, ya no quiero vivir con él al solo verlo me hierbe la sangre y sufro por eso y por lo que me hizo”*, estas emociones generan baja autoestima poseyendo recuerdos dolorosos, sentimientos de culpabilidad, inutilidad, al no poder lograr el alejamiento de sus agresores tanto casadas, en concubinato o solteras, viudas,

divorciadas y separadas sufren algún tipo de trastorno de estrés postraumático sin diferencia, el estar expuestas por mucho tiempo o algunos meses a hechos de violencia física como psicológica presentaran cuadros significativos de estrés postraumático crónico afectando su salud mental y física.

Corroborando los datos se tiene estudios realizados por (Eduarne A.G. 2007), En referencia al estado civil de mujeres de este estudio, señalar que más de la mitad de ellas (52.4%) estaba divorciada, separada o en trámites de separación en el momento de la evaluación, un 25.2% casadas convivían con el agresor y un 21.4% solteras. En el grupo de no tratamiento, más de la mitad de las mujeres (56.2%) estaban divorciadas, separada o en trámites de separación, un 25% estaban solteras y únicamente un 18.8% convivían con el agresor en el momento de la evaluación. Donde las mismas presentaron sintomatologías TEPT.

Se concluye que las mujeres objeto de estudio, sin distinción del estado civil presentan estrés postraumático.

CUADRO N° 25

NIVEL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN LA OCUPACIÓN

Nivel	Estrés posttraumático*Ocupación			Total
	Ocupación			
	Estudiante	Trabajo No Remunerado	Trabajo Remunerado	
Presenta	5 83%	25 96%	33 87%	63 90%
No presenta	1 17%	1 4%	5 13%	7 10%
TOTAL	6 100%	26 100%	38 100%	70 100%

Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático de Enrique Echeburua
Elaboración: Propia

En el presente cuadro se observan los datos más significativos en el cruce de variables entre estrés posttraumático y ocupación actual de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los servicios legales integrales municipales, los cuales se describen a continuación: el 96% que se ocupan de trabajos no remunerados, como ser labores de casa o ayudantes de albañil de sus familiares, seguido del 87% de mujeres que se dedican a realizar trabajos con remuneración, o reconocidos económicamente, y el 83% de las mujeres que se dedican a estudiar, todos los porcentajes mencionados reflejan la presencia de **estrés posttraumático**, evidenciando que no existe diferencia significativa entre la presencia de estrés posttraumático y ocupación de las mujeres objeto de estudio, refleja que sin importar la ocupación o labores realizadas y estas sean o no reconocidas por la familia u agresores, todas están expuestas a sufrir trastornos por hechos traumáticos como ser violencia intrafamiliar constante que provoca inseguridad, insomnio, falta de apetito, como los síntomas de re experimentación, evitación, activación. La violencia no distingue el tipo de ocupación o el nivel socioeconómico de las mujeres población de estudio ya que cualquiera está expuesta a padecer trastornos que afectan su vida, al respecto se obtuvieron los siguientes relatos: *“hace tiempo que sufro de insomnio me cuesta mucho dormir, mi*

cabeza me da vueltas”; “cuando salgo a la calle siempre estoy volteando a todos lados pienso que me persiguen o me vigilan tengo mucho miedo”; “cada vez estando sola recuerdo todo lo que he sufrido y siento tanto dolor y solo lloro”; “cuando escucho sonar la puerta me pongo a temblar pienso que ya está llegando que me encontró siempre estoy atenta”.

Se corrobora con Edurne A.G. (2007), En los estudios realizados se ubica la ocupación de las mujeres víctimas de violencia doméstica, 50.4% trabajan, y el 12.6% trabajan profesiones no calificadas, 30%; un 7.8% desempeñan un trabajo sin remuneración. Un 1.9% es estudiante, y el 6.8% restante se encuentra en situación de baja laboral en el momento de la evaluación, las mismas se ubican con síntomas de trastorno TAPT.

Se concluye que las mujeres víctimas de violencia familiar, independientemente del tipo de ocupación que tengan, presentan niveles altos de estrés postraumático.

5.5. ANÁLISIS DE GRUPO FOCAL

A continuación, se presentan los resultados generales del grupo focal, técnica que permitió corroborar los datos obtenidos tras la aplicación de los instrumentos usados para evaluar la ansiedad, depresión, autoestima, y trastorno de estrés postraumático, para el mismo se trabajó con 10 mujeres, formando dos grupos, cada grupo integrado por 5 participantes.

Cuadro N° 26
Grupos Focales

Pregunta	Respuestas	Frecuencia
N°1 ¿Cómo describiría usted la violencia al que se ha visto sometida?	1. me hacía sentir menos 2. es esclavizado 3. doloroso 4. Me sentía mal 5. Muy feo	3 1 2 3 1
N° 2 ¿Cuándo fue la primera vez que sufrió de hechos de violencia y por qué se realizó?	1. por la mama de el 2. Desde que estábamos enamorando 3. No quería tener relaciones sexuales 4. Celos 5. infidelidad	1 2 1 3 3
N° ¿Usted hace cuánto tiempo sufre de violencia en su hogar?	1. 11 años 2. 7 años 3. 19 años 4. 31 años 5. 15 años 6. 32 años 7. 1 año 8. 22 años	1 2 1 1 2 1 1 1
N° 4 ¿Considera que la violencia afecto algún ámbito en su vida?	1. Me veo fea 2. Me afecto en todo 3. Me aleje de amigos y familia 4. Afecto toda mi vida 5. en mis estudios 6. Comencé a pegar a mis hijos	1 2 2 3 1 1
N° 5 ¿Cómo afecta los sentimientos y pensamientos en sus labores cotidianas?	1. Si me afecto mucho 2. No puedo concentrar 3. Vivo con mucho miedo	5 2 3
N° 6 ¿Después de los hechos de violencia, que ha experimentado?	1. mucha tristeza 2. impotencia, coraje 3. desesperación 4. mucho miedo 5. rabia y odio	4 3 1 1 1
N° 7 ¿Durante el tiempo que usted convivió con su agresor, con qué frecuencia se daba el maltrato y de qué manera esto afecto la forma de verse a sí misma?	1. Cada fin de semana 2. muy seguido 3. a la semana dos veces 4. cada vez 5. todos los días	2 1 1 4 2

En la presente investigación se buscó ir a la percepción misma de las mujeres que se han visto directamente afectadas por la violencia intrafamiliar, mediante el análisis de sus propios relatos de acuerdo a sus vivencias diarias.

Mencionar los relatos de las participantes devela un cuadro bastante complejo de la violencia intrafamiliar, en los cuales se evidencian las características psicológicas de las mujeres, en los cuales las mismas describen la violencia a los cuales fueron sometidas, explican en sus propias palabras, *“me hacía sentir menos, es esclavizado, doloroso, me sentía mal, muy feo”*, las constantes agresiones que sufrieron y sufren las lleva a sentirse menos y vivir en constante dolor y sufrimiento que les permite poder tener una convivencia sana con sus familiares y entorno, también se pudo identificar los primeros hechos de violencia los cuales sucedieron en diferentes ámbitos y motivos, *“por la suegra, desde que estábamos enamorando, no quería tener relaciones sexuales, celos, infidelidad”*, los datos más relevantes por los cuales se dieron las agresiones son los celos de parte del agresor, al igual que la infidelidad de los mismos, al encontrar una nueva pareja agreden a las mujeres, esto por alejarlas de ellos y las ven como un obstáculo para rehacer sus vidas, del mismo modo se identificó el tiempo que vienen sufriendo los diferentes tipos de violencia, los mismos las llevaron a adquirir trastornos como la ansiedad, depresión y estrés pos traumático, por el tiempo convivido los cuales datan desde un año hasta los 32 años de convivir en violencia continua. Al estar expuestas a constantes agresiones se ha visto afecta todas sus vidas en los diferentes ámbitos en los que se desarrollan a diario, así es como relatan algunas de las entrevistadas: *“me veo fea, me afecta en todo, me alejé de amigos y familiares, afectó toda mi vida, en mis estudios, comencé a pegar a mis hijos”*, principalmente afecta al autoestima, donde se sienten menos que los demás y pierden a sus amistades y alejan de la familia aislándose en sus hogares donde comienzan a ejercer violencia con sus hijos al sentir la impotencia y culpabilizarlos de las situaciones violentas a las que se exponen con su pareja, del mismo modo tanto los pensamientos como los sentimientos afectan en las tareas que realizan al respecto indican, *“sí me afectó mucho, no puedo*

concentrarme, vivo con muchos miedo”, afecta demasiado ya que no pueden realizar sus tareas a cabalidad por estar con pensamientos sobre la violencia sufrida y preocupadas de qué sucederá cuando regresen a sus domicilios, viven con miedo a los demás especialmente a sus parejas o ex parejas por ser amenazadas reiteradas veces de muerte, a pesar de que los hechos de violencia se la experimenta día a día, esta traen consecuencias tales como lo indican en la entrevista, *“mucha tristeza, impotencia, coraje, desesperación, mucho miedo, rabia y odio”*, al vivir los hechos de violencia experimentan sentimientos encontrados, tal como se indican anteriormente, los mismos se debaten en entre amor y odio, entre tristeza y coraje, al no poder hacer algo para detener las agresiones sean estas físicas, psicológicas, sexuales u otro tipo de violencia que les causa daños irreparables a lo largo del tiempo, la frecuencia que sucede actos violentos en sus vidas son repetidos en lapsos de tiempos cortos, al respecto, se obtuvieron las siguientes experiencias: *“cada fin de semana, muy seguido”*; *“a la semana dos veces”*; *“cada vez y todos los días”*, se evidencia claramente el círculo de la violencia que se repite gradualmente dependiendo la tolerancia que exista en sus hogares.

Cuadro N° 27

Grupos Focales

Pregunta	Respuestas	Frecuencia
N° 8 ¿Cómo afecta enfrentar la situación, antes - ahora?	Antes	
	1. no podía enfrentar nada	4
	2. mucho miedo	3
	3. no he hecho nada	2
	4. sentimiento de soledad	1
	Ahora	
1. Siento terror miedo	2	
2. Peleo	1	
3. Denuncie	7	
N° 9 ¿De qué manera ha afectado el problema de violencia que sufrió en relación con los demás?	1. No confió en nadie	7
2. Eh perdido contacto con mi familia	3	
N° 10 ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?	1. cuando aborte a causa de los golpes	3
	2. cuando me saco sangre	2
	3. cuando me voto de la casa	3
	4. cuando me dejo por otra	1
	5. cuando me culpo por el embarazo de mi hija	1
N° 11 ¿Cómo es su estado actual, en relación a los dos meses anteriores?	1. Me siento nerviosa	1
	2. Tengo pesadillas no puedo dormir	1
	3. Me siento desesperada	2
	4. Tengo más miedo que antes	6
N° 12 ¿Qué ha hecho usted para poner un alto al este problema de violencia?	1. me eh separado	2
	2. asistir en terapia	3
	3. no he hecho nada	3
	4. terminar mi relación	1
	5. lo denuncie	
N° 13 ¿Usted considera que su vida cambio negativamente en cuanto formo su familia?	1. fue negativo por los golpes	2
	2. sí cambio mucho	5
	3. vivir así ni es vivir	1
	4. Eh dejado mi carrera	1
N° 14 ¿Usted tiene pensamientos negativos con respecto a su vida?	1. quise morir	1
	2. pienso en morir	6
	3. pienso que no tengo futuro	1
	4. no sabía que hacer	1
	5. eh echado a perder mi vida	1
N° 15 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos con respecto a su vida?	1. Todos los días	1
	2. Algunas veces	2
	3. pienso mucho en eso	1
	4. siempre	5
	5. pensaba que era fea	1
N° ¿Usted podría describir los pensamientos que tiene después de acudir ha los servicios?	1. me están ayudando	1
	2. el temor sigue	1
	3. tal ves me ayuden	4
	4. pienso que no me ayudaran	2
	5. creo que mejoraran las cosas	1
	6. nunca hay justicia	1

En el presente cuadro se identifican las consecuencias y efectos de la violencia en mujeres vulneradas por sus parejas dentro de sus hogares, contradictoriamente el hogar donde uno debe sentirse segura y amada es donde estas mujeres corren peligros enormes al convivir con los agresores que quebrantan los derechos y deterioran la salud física y psicológica de la población de estudio, la violencia que sufrieron y siguen sufriendo en la mayoría de los casos en relación a su entorno donde las mismas identifican lo siguiente “*no confié en nadie, he perdido contacto con mi familia*”, que les genera desconfianza en los demás como en sí mismas alejándose de los familiares y amistades por vergüenza o temor del qué dirán por su situación de violencia, refugiándose en la soledad de sus hogares para cuidar las apariencias ante la sociedad con el dicho que, “*la ropa sucia se lava en la casa*”, callaron por años la violencia sufrida guardando las apariencias ante los demás, inevitablemente la violencia genera situaciones intensas donde afecta las vidas de las que la padecen, así identifican diversos episodios, “*cuando aborté a causa de los golpes; cuando me sacó sangre; cuando me votó de la casa, cuando me dejó por otra; cuando me culpó por el embarazo de mi hija*”, las mismas marcaron sus vidas como la peor de sus experiencias y más dolorosas, que hasta en los sueños lo reviven, o al encontrarse con algún detonate que les lleve a recordar tales hechos.

En cuanto enfrentan la violencia a la que se han visto sometidas anteriormente no pudieron hacer nada, por el sometimiento, y dicen: “*no podía enfrentar nada; mucho miedo; no he hecho nada; sentimiento de soledad*”, por el temor a sufrir mayores agresiones o salir más lastimadas no realizaron ningún acto defensivo o algún hecho en contra de sus agresores, también se evidencian las razones tenidas actualmente, “*siento terror; miedo; peleo*”, al haber vivido años de violencia les llevo a realizar denuncia en contra de sus agresores para cortar la violencia en sus vidas y poder recomenzar de nuevo sin violencia, también esperan en su mayoría la rehabilitación en terapia de sus parejas para no separar la familia y crear más conflictos emocionales de los hijos.

En un porcentaje muy elevado de acuerdo al instrumento aplicado se pudo identificar que las mujeres víctimas de violencia presentan altos niveles de estrés postraumático al ser sometidas por años o lapsos de tiempo mayor desarrollaron dicho trastorno al experimentar recuerdos vividos en el pasado, evitando otros, así como las mismas mujeres lo relatan, *“me siento nerviosa, tengo pesadillas no puedo dormir, me siento desesperada, tengo más miedo que antes”*, al revivir hechos que afectan sus vidas no realizan sus vidas con plenitud del mismo modo no se realizan como personas, mujeres y madres, por estar sumergidas en sus conflictos internos que al pasar el tiempo deterioran sus vidas, a lo largo de vivir hechos de violencia muchas mujeres tratan de detener los hechos que las dañan irremediamente su vidas, *“me eh separado, asistir en terapia, no he hecho nada, terminar mi relación, lo denuncie”*, de alguna manera estas mujeres se armaron de fuerzas para poder dar este paso que es el principio y más difícil para detener la violencia en sus hogares, y buscaron ayuda para si mismas y sus parejas, y en su totalidad indican que la violencia sufrida afecto negativamente sus vidas causándoles daño, así como lo indican las mismas mujeres, *“fue negativo por los golpes, si cambio mucho, vivir así no es vivir, eh dejado mi carrera”*, se corrobora que efectivamente la violencia afecta la vida de las que sufren, porque en sus cuerpos tiene cicatrices físicas o psicológicas, que no se borran con facilidad más al contrario les lleva a tener baja autoestima y a adquirir trastornos que dificultaran sus vidas y actividades, una de las consecuencias más frecuentes de ser agredidas es tener pensamientos negativos de sí mismas, *“quise morir, pienso en morir, pienso que no tengo futuro, no sabía qué hacer, eh echado a perder mi vida”*, los pensamientos se vuelven negativos al pasar el tiempo y estar en recurrente violencia tienden a tener baja autoestima, una auto valoración pobre y una auto imagen débil, que las hacen sentir inferiores a las demás mujeres, llevándolas a una depresión profunda que las hacen sentir muy tristes al punto de tener pensamientos sucedidas o intentos de suicidio, con frecuencia los pensamientos negativos crecen a pasos agigantados en sus vidas las mismas les genera, *“todos los días, algunas veces, pienso mucho en eso, siempre, pensaba que era fea”*, estas mujeres presentan baja autoestima.

En cuanto a los servicios legales integrales las mujeres que acuden a los mismos con la esperanza de cambiar sus vidas y recibir atención y ayuda para salir del círculo de la violencia, así como lo indican, *“me están ayudando, el temor sigue, tal vez me ayuden, pienso que no me ayudaran, creo que mejoraran las cosas, nunca hay justicia”*, estas mujeres acuden con la esperanza de encontrar alivio a su dolor y refugio en la institución, muchas de ellas asisten a terapia, pero también hay mujeres que no encuentran la atención adecuada u esperada quedando con procesos sin resolverse y con la continuidad de la violencia en sus vidas.

5.6 ANÁLISIS DE HIPÓTESIS

A continuación, se presenta el análisis de cada hipótesis planteada en esta investigación:

Respondiendo a la primera hipótesis: *Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM presentan un nivel alto de ansiedad, caracterizadas por hormigueo en la cabeza, incapacidad de relajación y aturdimiento, palpitaciones y taquicardias, sensación de ahogo, dificultad para respirar, inestabilidad e inseguridad física, problemas de sueño*, de acuerdo al cuadro N°1, se evidencia que el 60% de la población de estudio presenta ansiedad severa, de este modo se acepta la hipótesis.

De acuerdo a la segunda hipótesis planteada: *El nivel de depresión de las mujeres objeto de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM presentan un nivel severo de depresión, caracterizada por: tristeza incontrolable, pensamientos negativos y suicidio, pérdida de interés por las cosas y demás, sentimientos de culpabilidad, de castigo e inutilidad, irritabilidad, trastornos del sueño y apetito, al igual que cansancio y fatiga*, de acuerdo al cuadro N°7, se acepta la hipótesis con 54% de las mujeres encuestadas presentan depresión extrema en el transcurso el proceso de denuncia.

En relación a la tercera hipótesis: *El nivel de autoestima de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de Tarija es un nivel bajo, caracterizadas por: auto concepto débil, incapacidad de reconocer sus logros, desvalorización de la autoimagen, pensamientos negativos y fracaso, creencias de inutilidad*, de acuerdo al cuadro N°13 se confirma la hipótesis con 66% de las mujeres objeto de violencia presentan un autoestima baja, dificultando las tareas a realizar día a día por la falta de confianza en sí mismas, al tener sentimientos de inferioridad ante los demás que perjudican su desarrollo.

Por ultimo: *Las mujeres que sufren maltrato intrafamiliar que acuden al SLIM presentan estrés postraumático crónico, caracterizadas por: Re experimentación, recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso al recordar el trauma y malestar fisiológico agudos al revivirlos. Síntomas de evitación: como evitación de*

pensamientos y conversaciones asociados al suceso traumático y pérdida de interés en actividades significativas. Aumento de activación, dificultad para conciliar o mantener el sueño e hipervigilancia, todos los síntomas están presentes en las mujeres objeto de estudio.

Expuesta anteriormente los criterios de diagnóstico de la investigación planteada en el cual se verifica en el cuadro N° 19 y confirma la hipótesis con un porcentaje elevado del 90% de las mujeres objeto de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM presentan estrés postraumático, a consecuencia de sufrir episodios de violencia en sus hogares u episodios traumáticos, impidiendo un normal desarrollo de sus actividades en las funciones que desempeñan.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES

VI. CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones se presentan de manera puntualizada y en correspondencia a los objetivos planteados para la presente investigación.

Primer objeto específico: *“Describir el nivel de ansiedad que presentan las víctimas que sufren violencia intrafamiliar y asisten al servicio legal integral municipal de la ciudad de Tarija”*.

- De acuerdo al primer objetivo se concluye que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a los Servicios Integrales Municipales, se caracterizan por presentar **niveles de ansiedad severa**, con síntomas fisiológicos, psicológicos y conductuales tales como, hormigueo en la cabeza, incapacidad de relajación y aturdimiento, palpitaciones y taquicardias, sensación de ahogo, dificultad para respirar, inestabilidad e inseguridad física, problemas de sueño.
- Del mismo modo en los diferentes análisis del cruce de variables entre la ansiedad y el tipo de violencia, parentesco que tienen con el agresor, la edad de las víctimas, el estado civil, y la ocupación de las misma, al igual que los grupos focales, e independientemente de las diferentes variables manejadas se evidencia que existe niveles altos de ansiedad en las mujeres víctimas de violencia.

Segundo objetivo: *“Identificar el grado de depresión que genera la violencia intrafamiliar en mujeres víctimas que acuden al servicio legal integral municipal de la ciudad de Tarija”*.

- Con respecto a este objetivo, las mujeres que sufren violencia intrafamiliar presentan **depresión extrema**, caracterizada por sentimientos negativos de sí mismas y del entorno que la rodea, tristeza incontrolable, pensamientos de suicidio, pérdida de interés por las cosas y demás, sentimientos de culpabilidad, de castigo e inutilidad, irritabilidad, trastornos del sueño, al igual que cansancio y fatiga al enfrentar día a día las constantes agresiones.
- Del mismo modo se hizo un análisis del cruce de variables entre depresión y el tipo de violencia, parentesco, estado civil, edad y ocupación, e

independientemente de las variables de estudio, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presentan cuadros depresivos extremos.

Tercer objetivo específico: *“Valorar el nivel de autoestima que presentan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM de la ciudad de Tarija”*.

- En relación al objetivo, las mujeres que sufren violencia intrafamiliar **presentan una autoestima baja**, caracterizadas por sentimientos de inferioridad hacia los demás, auto concepto débil, incapacidad de reconocer sus logros, desvalorización constante de la autoimagen, pensamientos negativos y fracaso, creencias de inutilidad ante los mensajes destructivos de sus parejas y entorno familiar que anula la autoestima de las mujeres objeto de violencia.
- De acuerdo al análisis realizado del cruce de variables entre autoestima, tipo de violencia, parentesco que tienen con el agresor, la edad de las víctimas, el estado civil, y la ocupación de las mismas al igual que los grupos focales, e independientemente de las variables mencionadas, las mujeres víctimas de violencia familiar poseen autoestima baja.

Cuarto objetivo específico: *“Identificar el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM de la ciudad de Tarija”*

- Referente al objetivo específico mencionado, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, los resultados alcanzados mostraron que se presentan **criterios crónicos de estrés postraumático**, para este objetivo también se realizó un análisis del cruce de variables tomando en cuenta el tipo de violencia que viven, parentesco que tienen con el agresor, la edad de las víctimas, el estado civil, y la ocupación de las mismas como los grupos focales, en todo el análisis de estos cuadros se evidencia la presencia de estrés en la población de estudio, por lo que no hubo diferencia según las variables que se tomaron en cuenta para el análisis, por lo que los síntomas de Re experimentación, constantes recuerdos de hechos de violencia vivido anteriormente, malestar psicológico intenso al exponerse a situaciones relacionadas con violencia, malestar fisiológico agudos al revivir hechos de violencia pasadas. Síntomas de evitación, lucha constante para evitar pensamientos y conversaciones asociados al suceso de violencia, pérdida de interés en actividades significativas de familia o sociales. Aumento de activación,

dificultad para conciliar o mantener el sueño e hipervigilancia, todos los síntomas están presentes en casi el cien por cien de las mujeres víctimas de violencia.

Objetivo general: *“Determinar las características psicológicas en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al SLIM “Servicios Legales Integrales Municipal” de la ciudad de Tarija”*.

- De manera general, se concluye que las características psicológicas que presentan las mujeres que sufren violencia intrafamiliar que acuden al SLIM, de la ciudad de Tarija, tienden a presentar las siguientes:
- Características psicológicas más sobresalientes son: nivel de ansiedad severa, depresión en un nivel extremo, el nivel de autoestima bajo y finalmente la presencia de estrés postraumático en la población de estudio.

6.2 RECOMENDACIONES

Considerando que a medida que va pasando el tiempo los casos de agresión en contra de la población más vulnerable en este caso las mujeres, en el medio en el cual vivimos se adoptó un ritmo de crecimiento preocupante en la sociedad de víctimas de violencia intrafamiliar y en base a los resultados y las conclusiones establecidas en el presente trabajo de investigación, se realizan las siguientes recomendaciones.

- Realizar programas de intervención psicológica en forma periódica, dirigidas a las mujeres víctimas de violencia que acuden a los servicios legales integrales municipales, con el objetivo de desarrollar técnicas y destrezas que coadyuven a mejorar sus fortalezas y limitaciones para un mejor equilibrio emocional y personal.
- Se sugiere a las diferentes autoridades municipales, gubernamentales como a la policía y otros, tomar en cuenta el conocimiento obtenido en el presente estudio, para desarrollar mecanismos y estrategias que faciliten las atenciones de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar apegándose a la ley 348, para mejorar la atención y ayudar a que no sea tan difícil llevar la carga emocional negativa en sus hombros.
- Se sugiere crear políticas para la creación de instituciones de intervención terapéutica especializada para mujeres violentadas como ser en lo psicológico, sexual, y mediático las cuales afectan de manera silenciosa generando trastornos y patologías, por tanto, es necesario hacer un seguimiento para mejorar la calidad humana de las mujeres.
- También se considera oportuno la creación de espacios para los estudiantes que cursan los últimos años de la carrera de psicología puedan tener la oportunidad de atender demandas de la población con el asesoramiento de los docentes, de este modo brindar un soporte técnico, práctico y profesional, para desarrollar destrezas en la resolución de este tipo de intervención clínica.
- Finalmente, a futuros investigadores, indagar otros temas relacionados con la psicología de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y las consecuencias de las características en el desarrollo de la personalidad. Así mismo identificando

que presentan niveles extremos de ansiedad y depresión y baja autoestima sería conveniente analizar a profundidad las causas y consecuencias de la misma.

- De la misma manera se sugiere investigar variables adicionales a la temática investigada en otras áreas de estudio, para tener un panorama completo con el fin de actualizar la problemática y realizar un estudio más profundo que permita tener más clara y concreta de la realidad Tarijeña.