



UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGIA
CLINICA: MENCION PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

**“LA FUNCIÓN DE IDENTIDAD EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR, UN ANALISIS DESDE EL ENFOQUE INTEGRATIVO
SUPRAPARADIGMATICO”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster en “Psicología
Clínica, Mención en Psicoterapia
Integrativa”**

DIRECTOR DE TESIS: TEXIA BEJER

ALUMNA: Tânia Regina de Barros Gomes

**Santa Cruz -Bolivia
2013**

RESUMEN DE LA TESIS

Esta investigación abordo como objeto de estudio la problemática de la violencia intrafamiliar en mujeres víctimas con daño psicológico que deja la violencia en el ámbito intrafamiliar, a través de una evaluación de la función de identidad desde el E.I.S.

El daño producido por violencia psicológica en la familia ha sido muy difícil de comprobar tanto por psicólogos como por otros profesionales (psiquiatras, etc.). Actualmente el estudio del daño psicológico en víctimas de violencia intrafamiliar es un campo abordado por una rama nueva de la psicología: La psicología forense. El modelo integrativo supraparadigmatico aporta nuevos elementos de análisis clínicos a este problema que pueden ayudar a visibilizar el daño psicológico en mujeres víctimas de violencia física en el ámbito conyugal.

Esta investigación parte de un modelo teórico integral que considera que: las distintas formas de la violencia hacia la mujer son explicadas tanto desde lo social(teoría de género) como del orden de lo psicológico(funciones del Self) donde se delimita la problemática.

La ley 1674 de 1994 contra la violencia intrafamiliar y domestica del Estado Boliviano estipula tres tipos de violencia(física, sexual y psicológica), la nueva ley integral de violencia 348 se ha aprobado recientemente en el territorio nacional y esta nueva legislación identifica nuevas formas de violencia(violencia: física, feminicida, psicológica, mediática, simbólica, contra la dignidad y la honra, sexual, contra los derechos reproductivos, en servicios de salud, patrimonial, laboral, en el sistema educativo, en el ejercicio político, institucional, en la familia(antes domestica), contra los derechos y libertad sexual, contra cualquier otro tipo de violencia que dañe la dignidad integral de las mujeres o viole los derechos de la mujer.

Existen varios paradigmas que han intentado dar respuesta al problema de la violencia intrafamiliar, el modelo sociológico que incluye la teoría de género que argumenta que la violencia es el producto de una socialización machista y patriarcal.

Sin embargo desde comienzos de los años ochenta se viene gestando un modelo de intervención, un nuevo paradigma explicativo que permite analizar y dar no solo una explicación si no una posible respuesta a la problemática de la violencia intrafamiliar. El modelo integrativo supraparadigmático, es “un marco conceptual orientador, ordenador y amplio que constituye una totalidad coherente, aporta un fundamento teórico compartido delimitando principios básicos en ámbitos epistemológicos, metodológicos y de los paradigmas causales” (Carvajal, Navarret, 1999). Los paradigmas que conforman el modelo, contribuyen a proveer información relacionada con la predicción y el cambio, dando así los cimientos sobre los cuales construir una investigación: El paradigma biológico, el ambiental conductual, el cognitivo, el afectivo, el inconsciente y el sistémico.

La investigación se basan en las experiencias personales de las víctimas de violencia, la narración que ellas realizaran fueran organizadas en matrices de análisis para su interpretación.

Dentro de lo investigado se podrán observar cada uno de los efectos psicológicos manifestados por las muestras, en los resultados emergentes de los instrumentos de recolección de datos.

En general la función de identidad del self en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presenta las siguientes particularidades.

El Self es una unidad integradora donde la función de identidad se ve afectada por el daño emocional que causa la violencia psicológica.

Es el componente de la autoimagen el que más se ve afectado por la violencia psicológica y daño emocional que genera el agresor. Desde la perspectiva integrativa podemos dar una interpretación teórica desde el concepto de la relación diádica, a través de la cual se crea la personalidad diádica, esta personalidad puede ser muy nutricia en relaciones adaptativas, sin embargo en relaciones violentas va a impactar de sobre manera en la autoimagen de la pareja que sufre violencia., a través de las desvalorizaciones tanto verbales, como no verbales (violencia física, sexual). La falta

de reconocimiento de la imagen del otro (abandono) y la devaluación del yo de la cónyuge, aumentan la probabilidad de afectar este componente de la función de identidad.

A nivel autoestima este componente está relacionado también con los estados anímicos y ansiógenos que han desarrollado las mujeres víctimas que han prestado sus historias. La presencia permanente y evidente de sintomatología depresiva y ansiógena irrumpe en el Self.

El análisis de la función de identidad del self es fundamental para el visibilizar el impacto de la violencia intrafamiliar y puede ser utilizada como un indicador clínico y forense para poder objetivizar la magnitud del maltrato.

Las mujeres víctimas de violencia conyugal presenta las secuelas que el daño psicológico produce en el autoestima, autoeficacia y autoconcepto, esto se puede observar en la constante infravaloración del yo (baja autoestima) a través de insultos, humillación, amenazas que generan en la víctima una mayor predisposición a depresión. Llegando a generar en algunos casos al intento de suicidio, en la cual la variable "violencia" ha incidido en la psicoafectividad de la víctima llegando a un estado grave de depresión.

ABSTRACT

This research addresses as a case study the problem of domestic violence victims with psychological harm women leaving domestic violence in the area, through an assessment of the role of identity from the EIS.

The damage caused by psychological violence in the family has been very difficult to prove, both by psychologists and other professionals (psychiatrists, etc.).

Currently the study of psychological damage victims of domestic violence is addressed by a new branch of psychology, forensic psychology field.

Currently the study of psychological damage victims of domestic violence is addressed by a new branch of psychology, forensic psychology field. The integrative model supra-paradigmatic clinical adds new elements to this problem that can help visualize the psychological damage in women victims of physical violence in the marital field analysis.

The research part of a comprehensive theoretical model that: the various forms of violence against women are explained both from the social (gender theory) as the order of the psychological (Self functions) where the problem is delimited.

The 1674 Law of the year 1994 against family and domestic violence of the Bolivian State provides three types of violence: physical, sexual and psychological; the new Comprehensive Violence Act 348 has recently been approved in the country and this new legislation identifies new forms of violence (violence: physical, femicide, psychological, media, symbolic, dignity and honor, sexual, reproductive rights against in health, wealth, employment, in education, in political, institutional realization in the family (before domestic), the rights and sexual freedom, against any kind of violence to harm the dignity of comprehensive women or violates the rights of women.

There are several paradigms that have tried to address the problem of domestic violence, the sociological model that includes gender theory which argues that violence is the product of a sexist and patriarchal socialization.

However since the early eighties has been developing an intervention model, a new explanatory paradigm to analyze and provide not only an explanation if not a possible answer to the problem of domestic violence. The supra-paradigmatic integrative model, "a broad conceptual framework guiding, computer and constitutes a coherent whole, provides a shared theoretical basis, defining basic principles epistemological, methodological paradigms and causal fields" (Carvajal, Navarret, 1999). The paradigms that make up the model, help provide information related to the prediction and change, bringing the foundation on which to build research: The biological paradigm, environmental behavioral, cognitive, affective, and systemic unconscious.

The research is based on the personal experiences of victims of violence, the narrative that made them, were organized in matrices for interpretation.

Within the researched can be observed each psychological effects manifested by signs in the emerging results of the data collection instruments.

In general the role of identity in women Self victims of domestic violence has the following particularities.

The Self is an integrated unit where the identity function is affected by the emotional harm caused by psychological violence.

It is the component of self-image, the one most affected by the psychological violence and emotional damage that generates the aggressor. From an integrative perspective, we can give a theoretical interpretation from the concept of the dyadic relationship, through which the dyadic personality is created, this personality can be very nourishing on adaptive relationships, however in violent

relationships will impact on about how self-image of the couple who suffers violence, through, both verbal and nonverbal impairment (physical, sexual). The lack of recognition of the image of the other (abandonment) and the devaluation of the ego's spouse increases the probability of affecting this component of the identity function.

A self-esteem level, this component is also linked to mood and anxiety-inducing states that have developed female victims who have provided their stories. The permanent and obvious presence of depressive symptoms and anxiogenic breaks into the Self.

The analysis of the function of Self-identity is fundamental to visualize the impact of domestic violence and can be used as a clinical and forensic indicator to objectify the extent of the abuse.

Victims of domestic violence women experience the effects that the psychological damage occurs in the self-esteem, self-efficacy and self-concept, this can be seen in the constant underestimation of the self (low self esteem) through insults, humiliation, threats posed to the victim one more prone to depression. Coming to generate in some cases suicide attempt, in which the variable "violence" has affected the victim psicoafectividadad reaching a severe state of depression.

DEDICATORIA

A mi madre: Ilza Gomes de Barros por introducirme siempre amor, respeto y disciplina desde los primeros pasos de mi vida, por guiarme con sus sabios consejos por el camino correcto. Por todo sus esfuerzos y sacrificios demostrados a lo largo de mi carrera, por su apoyo incondicional en todo momento, infinitivamente gracias.

A mis hijos: Michelly Gomes Romero de Baggio

Leandro Kydner Gomes Romero

Weskley Luis Gomes Romero

Por ser La inspiración de mi lucha para salir adelante y por hacerme reír en los momentos difíciles.

Por todos los momentos felices y tristes que pasamos, venciendo siempre los obstáculos que se nos presentaron. Los quiero mucho

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme iluminado día a día y proporcionado todos los medios que permitieron llegar hasta acá, culminar esta investigación.

Expreso los más sinceros agradecimientos al “Centro de Salud Mental”, por me brindar confianza, apoyo, comprensión y orientación el cual me guio a llevar a feliz término mi trabajo de maestría.

Brindo agradecimientos a mi familia y amigos por su apoyo incondicional y a todas aquellas personas que me ayudo dedicando parte de su tiempo y comprensión.

Son muchas las personas especiales a las que les gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar donde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

INDICE GENERAL

CAPITULO I	1
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- ANTECEDENTES	3
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	10
5.- DELIMITACIONES	10
5.1.- LIMITE ESPACIAL	10
5.2.- LÍMITE TEMPORAL	10
5.3.- LIMITE SUSTANTIVA	10
5.4.- LIMITE METODOLÓGICA	11
6.- OBJETIVOS.....	11
6.1.- OBJETIVO GENERAL	11
6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
7.- JUSTIFICACION	12
CAPITULO II	12
MARCO TEÓRICO	13
2.1.- ÁREA DE ESTUDIO	13
2.1.1.- Psicología clínica.....	13
2.1.2.- Teoría del modelo integrativo supraparadigmatico.....	178
2.2.- PARADIGMAS.....	22
2.2.1.- Paradigma Biológico	23
2.2.2.- Paradigma ambiental/conductual	24
2.2.3.- Paradigma cognitivo.....	24
2.2.4.- Paradigma afectivo	25
2.2.5.- Paradigma inconsciente.....	26
2.2.6.- Paradigma sistémico.....	26
2.3.- SISTEMA SELF Y SUS FUNCIONES.....	27
2.3.1.- Función de toma de conciencia.....	29
2.3.2.- Función de conducción de vida	29
2.3.3.- Función de búsqueda de sentido	30
2.3.4.- Función de auto-organización	30
2.3.5.- Función de significación.....	30
2.3.6.- Función de identidad.....	31
2.3.6.1.- AUTOIMAGEN	33

2.3.6.2.- AUTOESTIMA	35
2.3.6.3.- AUTOEFICACIA.....	36
2.4.- SELF DIADICO.....	36
2.4.1.- Circularidad causal.....	37
2.4.2.- Estilo comunicacional.....	38
2.4.3.- Mecanismos homeostáticos	39
2.4.4.- Patrones relacionales.....	40
2.4.5.- Potenciación interaccional	40
2.5.- EVALUACION CLINICA INTEGRAL	43
2.6.- FICHA DE EVALUACION CLINICA INTEGRAL (FECI).....	44
2.7.- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	45
2.8.- VIOLENCIA MASCULINA	45
2.9.- VIOLENCIA CONYUGAL.....	46
2.10.- MUJER MALTRATADA	46
2.11.- TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	47
2.11.1.- VIOLENCIA FÍSICA	47
2.11.2.- VIOLENCIA SEXUAL.....	49
2.11.3.- VIOLENCIA PSICOLÓGICA.....	51
2.12.- CICLO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	51
2.13.- CAUSAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	52
2.14.- DINAMICA DE LA VIOLENCIA CONYUGAL.....	53
2.15.- DAÑO PSICOLÓGICO:	54
2.16.- ECOSISTEMAS	58
2.17.- DESEQUILIBRIO DE PODER	59
2.18.- TIPOS DE RELACIÓN DE PAREJA	61
2.19.- SUBSISTEMA CONYUGAL	62
2.20.- TRASTORNOS AFECTIVOS	65
2.21.- TRASTORNOS ASOCIADOS	67
2.21.1.- Trastorno Del Sueño.....	68
2.21.2.- Trastorno De Depresión.....	68
2.21.3.- Trastornos Estrés post Traumáticos	70
CAPITULO III	73
MARCO METODOLOGICO	73
3.1.- MÉTODO	73
3.2.- DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	73
3.3.- TÉCNICAS.....	74

3.3.1.- ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	74
3.3.2.- INSTRUMENTOS DE EVALUACION PSICOLOGICA.....	75
3.4.- UNIVERSO Y MUESTRA	75
3.5.- PROCEDIMIENTO O FASES DEL DESARROLLO	75
3.6.- CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	77
CAPITULO IV	78
RESULTADOS.....	78
4.1.- INTRODUCCIÓN	78
CAPITULO V.....	109
CONCLUSIONES	109
5.1.- CONCLUSIÓN.....	109
5.1.1.- Alcances y Limitaciones.....	112
BIBLIOGRAFIA.....	114
ANEXO	

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1: Delimitación Estructural del Modelo Integrativo	21
FIGURA N° 2: Escalada de la violencia.....	53
FIGURA N° 3: Violencia Psicológica.....	79
FIGURA N° 4: Daño Psicológico.....	80
FIGURA N° 5: Escalas de FECl.....	81
FIGURA N° 6: Violencia psicológica.....	82
FIGURA N° 7: DAÑO EMOCIONAL CASO B	83
FIGURA N° 8: Daño Emocional Caso C.....	85
FIGURA N° 9: Daño Emocional	88
FIGURA N° 10: EFECTOS DE LA VIOLENCIA PSICOLOGICA.....	104
FIGURA N° 11: EFECTOS DE LA VIOLENCIA PSICOLOGICA Y FISICA	105

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala FECl caso A	81
Tabla 2. Análisis de la escala FECl	84
Tabla 3. Escala FECl caso B	84
Tabla 4. Escalas FECl.....	87
Tabla 5. Escala FECl caso C	87
Tabla 6. Escalas FECl.....	89
Tabla 7. Escala FECl caso D	89
Tabla 8. Elementos SELF	106
Tabla 9 Autoestima.....	107
Tabla 10 Autoeficacia y autoimagen.....	107

CAPITULO I

1.- INTRODUCCIÓN

Esta investigación abordó como objeto de estudio la problemática de la violencia intrafamiliar en mujeres víctimas con daño psicológico que deja la violencia en el ámbito intrafamiliar, esto ha motivado que este estudio de investigación pueda identificar sus efectos, a través de una evaluación de la función de Identidad desde el E.I.S..

La violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño. El daño producido por violencia psicológica en la familia ha sido muy difícil de comprobar tanto por psicólogos como por otros profesionales (psiquiatras, etc.). Actualmente el estudio del daño psicológico en víctimas de violencia intrafamiliar es un campo abordado por una rama nueva de la psicología: la psicología forense. El modelo integrativo supraparadigmático aporta nuevos elementos de análisis clínicos a este problema que pueden ayudar a visibilizar el daño psicológico en mujeres víctimas de violencia física en el ámbito conyugal.

Esta investigación parte de un modelo teórico integral que considera que: las distintas formas de la violencia hacia la mujer son explicadas tanto desde lo social (teoría de género) como del orden de lo psicológico (funciones del self) donde se delimita la problemática.

La ley 1674 de 1994 contra la violencia intrafamiliar y doméstica del Estado Boliviano estipula tres tipos de violencia (física, sexual y psicológica), la nueva Ley integral de violencia 348 se ha aprobado recientemente en el territorio nacional y esta nueva legislación identifica nuevas formas de violencia (Violencia: física, feminicida, psicológica, mediática, simbólica, contra la dignidad y la honra, sexual, contra los derechos reproductivos, en servicios de salud, patrimonial, laboral, en el sistema educativo, en el ejercicio político, institucional, en la familia (antes doméstica), contra los derechos y libertad sexual, contra

cualquier otro tipo de violencia que dañe la dignidad integral de las mujeres o viole los derechos de la mujer.

En esta investigación se va a dirigir a especificar al daño psicológico producto de la violencia física y psicológica que funciones específicas del Self que se han deteriorado a causa de la violencia intrafamiliar. Al concluir esta investigación formulará hipótesis que permitirán conocer y categorizar la función de Identidad del Self en las mujeres víctimas de violencia.

2.- ANTECEDENTES

Estudios a nivel mundial muestran que la violencia es un factor de riesgo importante para la salud, el bienestar y el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Particularmente en relación con la salud, la violencia física, sexual y/o psicológica en cualquier etapa de la vida de las mujeres trae como consecuencia un incremento en el riesgo de desarrollo de problemas de salud.

En los estudios de las mujeres maltratadas, una nueva perspectiva en el análisis del pensamiento psicológico se abrió a partir de la década del sesenta con Snell y Gayford en 1975, Barry en 1979 y Beck en 1982, investigaciones que se han mantenido en los siguientes años. Estos autores plantean que las características comunes de las mujeres maltratadas no son la causa, sino el resultado. Abordar el problema de la violencia contra la mujer desde esta perspectiva hizo avanzar los análisis psicológicos y permitió el desarrollo de nuevos enfoques teóricos para contrarrestar otros que dejaban a un lado la subjetividad femenina.

Existen varios paradigmas que han intentado dar respuesta al problema de la violencia intrafamiliar, el modelo sociológico que incluye la teoría de género que argumenta que la violencia es el producto de una socialización machista y patriarcal, la psicológica que argumenta que existen factores psicopatológicos que alteran el comportamiento y estimulan la conducta violenta, entre ellos están las teorías del aprendizaje social de Bandura, el enfoque sistémico que aporta con el concepto de la escalada de la violencia.

Sin embargo desde comienzos de los años ochenta se viene gestando un modelo de intervención, un nuevo paradigma explicativo que permite analizar y dar no solo una explicación si no una posible respuesta a la problemática de la violencia intrafamiliar. El modelo integrativo supra paradigmático, es “un marco conceptual orientador, ordenador y amplio que constituye una totalidad

coherente, aporta un fundamento teórico compartido delimitando principios básicos en ámbitos epistemológicos, metodológicos y de los paradigmas causales” (Carvajal, Navarrete, 1999). Los paradigmas que conforman el modelo, contribuyen a proveer información relacionada con la predicción y el cambio, dando así los cimientos sobre los cuales construir una investigación: el paradigma biológico, el ambiental – conductual, el cognitivo, el afectivo, el inconsciente y el sistémico.

En Bolivia existe una investigación realizada por Torrez (2010), que plantea un análisis de la violencia conyugal en Bolivia, que plantea una intervención integral a la violencia debido a que esta es un problema multicausal. Sin embargo no se tiene datos de otra investigación en violencia intrafamiliar con base en el modelo integrativo Supraparadigmático.

En el estado del arte de investigaciones no integrativas relacionadas con violencia intrafamiliar se encuentra la investigación de Violencia conyugal y trastornos de personalidad realizada por Eiza Irazoque y Margareth Hurtado en Bolivia en el año 2002, en la Universidad Católica Boliviana abordan el tema de violencia intrafamiliar hacia la mujer y la posible causalidad de trastornos de personalidad asociados tanto al agresor (varón) y a la víctima a fin de determinar un posible patrón relacional entre estas variables.

La investigación no lanza datos concluyentes, pues afirma que solo un 12% de los agresores conyugales tendrían y cumplirían con los criterios de un trastorno de personalidad. Sin embargo la gravedad de la agresión física está muy relacionada con algún trastorno grave de personalidad. Por otro lado ellas refieren que también los rasgos de personalidad influyen bastante en la perpetuación de la violencia, pues una pareja a pesar de sufrir años de maltrato psicológico esta sigue soportando, debido a una personalidad codependiente que se tiene la pareja. Y a pesar que aun existen mujeres que a pesar de la violencia intrafamiliar no dejan al agresor, teorías como la ecosistémica plantean que el permanecer al lado del agresor no se da tan solo por una dependencia si

no principalmente por el miedo que genera el mismo agresor o miedo a las amenazas y futuras agresiones que evitan que la mujer tome una decisión.

En la actualidad se está dejando de lado esta teoría de personalidad como una variable independiente que incide sobre la violencia intrafamiliar, debido a su visión reduccionista en relación a ello Torrez (2010) cita a Opazo “En el ámbito más abstracto de los modelos teóricos y de los paradigmas causales, si bien se han gestado paradigmas creativos y aportativos, un problema central es que ha predominado marcadamente una tendencia al “reduccionismo”, sea hacia lo simple o bien hacia lo complejo. A través de los años nos ha costado mucho el hacer coexistir interactivamente a diversos paradigmas explicativos, y hemos tendido a sobre dimensionar uno...”

Si bien existen investigaciones sobre la violencia intrafamiliar y efectos en general, no existen datos claros acerca de que efectos produce la violencia a nivel psicológico en mujeres víctimas, ni la sistematización de los múltiples efectos y sus consecuencias, que es una de las grandes falencias no solo de las investigaciones en nuestro país.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia intrafamiliar en mujeres ha experimentado un crecimiento significativo en las dos últimas décadas, quizá porque ahora es mucho más visible en nuestra sociedad o tal vez por una incidencia mayor de agresividad hacia la mujer o una mezcla de las ambas cosas (Echeburúa y Corral 1998).¹

En Bolivia durante los años 1994 y 1995 se realizaron los anteproyectos de ley y posteriormente la aprobación de la ley 1674 contra la violencia intrafamiliar y domestica. En 2013 se aprueba la Ley 348 para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, que no anula la anterior ley, si no la complementa.

¹ Echeburua y Corral,(1998)

Esto ayudo a visibilizar y sacar al problema de la violencia intrafamiliar del ámbito privado y cuestionarlo como un problema social y publico. Los datos que ofrece la Casa de la Mujer, observa que: el 50% de las mujeres bolivianas son víctimas de alguna forma de violencia (sexual, psicológico, económico, físico, domestica).

Revollo, (1994) plantea por otro lado que un 40% de las mujeres han sufrido en algún momento de su vida algún tipo de violencia intrafamiliar.² Otros datos significativos en nuestro medio proviene de la Casa de la Mujer (2007), que registro 2.200 denuncias entre enero y agosto de 2007, 1612 de ellas fueron notificaciones nuevas, 329 eran denuncias reincidentes, es decir, de la misma victima pero con distintas parejas, 259 casos para dar orientación psicológica y jurídica. (El deber 2007, 24, 09) una interpretación que puede hacer es; que una parte de esta población prefiere callar dichos maltratos por temor y amenazas, muy pocas mujeres hacen la correspondiente denuncia ante las autoridades pertinentes.³

La mayoría de los autores revisados en esta investigación Corsi,(1994), Arnez y Núñez de Arco (2004) hablan de tres tipos de violencia al interior de la problemática intrafamiliar: Entre ellas podemos citar a la violencia física, violencia psicológica y violencia sexual. Los tipos de violencia física y sexual dejan secuelas o huellas en el cuerpo (hematomas, mordidas, laceraciones vaginales, etc.)⁴

Sin embargo esta investigación se va a centrar en el impacto de la violencia psicológica no deja huellas visibles en el cuerpo, lo cual se hace más difícil el detectar daños psíquicos. No obstante la violencia psicológica genera daños irreparables no solo en el autoestima de la mujer, si no también causa síndromes complejos como lo es el síndrome de la mujer maltratada donde

² Revollo,(1994)

³ Casa de la Mujer,(2007)

⁴ Corsi, Arnez, Núñez de Arco,(1994)

además de padecer el síndrome de la indefensión aprendida, se encuentra en un estado regresivo, una regresión propia, una pérdida del autoestima y su propia valoración, impotente de defenderse a si misma llegando a afectar su autoconfianza, impidiendo el desarrollo de la persona como un sujeto independiente, no percibiendo siquiera el deterioro del que se han apropiado, al recibirlo en forma permanente este tipo de daño.

Es así que Telarico, (2002), define al daño psicológico como un trauma o acontecimiento en la vida alguien que sobrepasa la capacidad de tolerancia habitual, y que por sus efectos duraderos, produce consecuencias patógenas en la vida de esa persona.⁵

Jurídicamente el daño psicológico es la perturbación transitoria o permanente del equilibrio espiritual preexistente de carácter patológico, producido por un hecho ilícito, que genera en quien la padece la posibilidad de reclamar una indemnización por tal concepto a quien la haya ocasionado o deba responder por ella.

Psicológicamente el daño psicológico no toma en cuenta el aspecto indemnizatorio, sino el efecto de cambio en la disposición en una persona, sus armas o mecanismos de defensa, su manera de abordar las situaciones próximas o probables, y el estado físico, psíquico y cognitivo con que cuenta luego del hecho traumático. Telarico, (2002).

Cuando un hecho traumático se da este produce un detrimento sobre la psiquis , impidiéndole funcionar como lo había hecho hasta el momento del suceso, y además el efecto se ramifica sobre otros aspectos, ya sean patrimoniales o vitales, que limiten la actividad de la persona, se habla de un efecto de daño psicológico.

En violencia intrafamiliar el acontecimiento traumático se da a partir de las agresiones sufridas por parte del agresor, ya sean estas físicas, psicológicas o

⁵ Telarico, (2002)

sexuales. Estas agresiones generaran en la mujer o menores de edad “traumas” que alteraran de alguna manera el equilibrio interno de los individuos.

Según datos de los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de La Paz el deterioro de la psiquis de las víctimas de violencia intrafamiliar no se da inmediatamente, sino que es un deterioro paulatino y sistemático, donde la persona agredida empieza a generar conductas, comportamientos y mecanismos de escape ante la presencia del agresor. Muchas de las agresiones en violencia intrafamiliar llegan a generar estados elevados de estrés que a su vez desestabilizan el umbral de tolerancia de la víctima, generando la aparición de síndromes psicopatológicos y trastornos asociados par que posteriormente estos se consoliden como trastornos de ansiedad, de ánimo, asociados, de personalidad, etc.

La violencia intrafamiliar modifica el equilibrio, este hecho es de orden externo pues es el acontecimiento traumático que repercute en las emociones y afectos de la víctima. La herida psicológica es la huella que marca en la vida de alguien una vivencia desagradable por su intensidad desbordante y por el esfuerzo que se debe buscar para no perder el control.

Los efectos que genera el daño psicológico en sus víctimas, se traducen en alteraciones psíquicas, y que afecta a la salud y las relaciones sociales pudiendo alterar su conducta, afectividad y agravar rasgos de personalidad. Se manifiesta en la disminución de la autoestima, temor, neurosis, intentos de suicidio, depresión, tendencia al abuso del alcohol y drogas y discapacidades pasajeras o permanentes desde el punto de vista clínico, donde la secuela psicológica es la permanencia del cuadro lesivo por una alteración estructural o anatómica definitiva. (Telarico, 2002)

Desde el modelo supraparadigmatico el daño psicológico es posible visibilizarlo desde sus seis paradigmas: el Paradigma Biológico, (secuelas físicas) Paradigma Cognitivo (ideas irracionales, pensamientos automáticos que

son frecuentes en víctimas, Paradigma Conductual ambiental se puede observar la conducta pasiva e indefensión aprendida ante las conductas violentas de la pareja , Paradigma Afectivo, miedos, estrés post traumático, fobias, etc. Paradigma sistémico, muestra una estructura familiar rígida, y vertical con poca flexibilidad a la hora de resolver problemas. Y el Paradigma inconsciente, que desde las experiencias traumáticas tempranas y abandonos afectivos pueden acrecentar la probabilidad de relaciones tóxicas.

Es por ello que se considera importante investigar acerca de los efectos de la violencia psicológica en mujeres, para ello es necesario hacer una diferenciación entre la causa (violencia psicológica) y el efecto (daño psicológico sobre la mujer víctima de violencia intrafamiliar. Pero para ello es necesario poder delimitar una unidad de análisis que permita analizar el impacto de la violencia conyugal, y el modelo supra paradigmático integrativo permite la conceptualización del SELF como una unidad integradora de los paradigmas antes explicados.

El Self como un marco de comprensión de este fenómeno ayudara a comprender el impacto marcado de la violencia intrafamiliar sobre el Self de la Víctima. Visibilizando posibles formas de intervención posterior.

Esta investigación estará dirigida a un análisis de la función de identidad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Se considera esta investigación tomar en cuenta la función de identidad otorgando a la pregunta ¿Quién soy yo? A la vez que aporta un sentido de sí mismo, a través del tiempo, del desarrollo y de las experiencias. Es importante también tomar en cuenta la identidad, debido que va definir un sentimiento de reconocimiento, pertenencia y diferenciación, como un trabajo de síntesis y organización que permite tener una vivencia básica de cohesión interna.

Después de todo lo que se ha visto, se investigara a profundidad la función de identidad que propone el enfoque supra paradigmático integrativo que además involucra aspectos del sí mismo como la autoimagen y la autoestima y autoeficacia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Para ello cabe responder la siguiente pregunta problema:

4.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se expresa la función de Identidad del SELF en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático?

5.- DELIMITACIONES

5.1.- LIMITE ESPACIAL

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de salud mental de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra Bolivia.

5.2.- LÍMITE TEMPORAL

La presente investigación abarcó 5 meses de investigación, el inicio de la misma ha sido a partir del mes de febrero del año 2013 para ser presentado y defendido al finalizar la gestión 02/ 2013 donde se implementó todas las fases de la investigación

5.3.- LIMITE SUSTANTIVA

La presente investigación se realizó en base a los elementos estructurales de conocer la función de Identidad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Para el estudio de la función de identidad se abordó mediante el Enfoque Integrativo Supraparadigmático tomando a autores como: Roberto Opazo, Jorge Corsi, Jorge Núñez de Arco.

5.4.- LIMITE METODOLÓGICA

La investigación se enmarcó en una perspectiva metodológica cualitativa, que utiliza como técnica de recolección de la información la entrevista semi estructurada, para posteriormente realizar un análisis sistemático y estructurado de la correlación de la dinámica del daño psicológico y conocer su causal correspondiente y cómo esto ha influido en la configuración del sistema de pareja, en cuanto a los subsistemas familiares, los límites, alianzas y distribución de poder.

6.- OBJETIVOS

6.1.- OBJETIVO GENERAL

- Describir la función de Identidad del Self, en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal y mujeres no víctimas de violencia desde el E.I.S.

6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la Autoestima en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal y mujeres no víctimas de violencia Intrafamiliar.
- Analizar la Autoimagen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal y mujeres no víctimas de violencia Intrafamiliar.

- Analizar la Autoeficacia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal y mujeres no víctimas de violencia Intrafamiliar.

7.- JUSTIFICACION

Se consideró esta investigación de relevancia sustantiva en psicología ya que aportó a las áreas clínico-forense datos acerca de maltrato y función de Identidad que serán leídas e interpretadas a partir del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, esta permitirá abordar la temática que hace a la violencia intrafamiliar y como se encuentra la función de Identidad en las mujeres objeto de la violencia.

A decir de autores como Corsi, (1994) señala la dinámica de la violencia y el desequilibrio de poder que se genera en una familia que vive violencia intrafamiliar. Asimismo este autor propone que cuando una mujer sufre violencia física o sexual la violencia psicológica es transversal en todo tipo de violencia.

La investigación tiene una relevancia para el contexto Social a partir de la observación de la función de Identidad en mujeres violentadas física y psicológicamente, esto servirá de ayuda para que esta población femenina maltratada que solicita ayuda, en un primer momento pueda ser diagnosticada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, visibilizando la autoestima, autoeficiencia e autoeficacia resultante de la agresión conyugal

Por un lado esta investigación ayudó la investigadora para una especialización empírica en el abordaje psicológico a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que permitirá acceder a opciones de trabajo en el campo psicoterápico Integrativo.

En la práctica se evidencia que recién se está acercando a las mujeres maltratadas pero no se da la intervención psicológica preventiva, a las adolescentes y niñas que son potenciales maltrata

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico nos permite el análisis de esta investigación, en el terreno de teorías que explican la violencia en la familia y la pareja, las alteraciones psicopatologías que pueden ser efecto de una situación altamente estresante como lo es el maltrato.

El marco teórico también nos proporciona ideas nuevas y descubrimientos recientes de otros investigadores contemporáneos, que a través de documentos e investigaciones recientes agregan un valor a la literatura existente y ayudan a sustentar teóricamente el estudio.

2.1.- ÁREA DE ESTUDIO

2.1.1.- Psicología clínica

Desde su definición en 1896, se ha enfatizado la relevancia de la psicología clínica en una amplia gama de problemáticas y áreas del funcionamiento humano. La Society of Clinical Psychology de la American Psychology Association, en el año 2000, señala que “El campo de la psicología clínica integra teoría, ciencia y práctica para comprender, predecir y aliviar los desajustes, las discapacidades y el malestar, así como para promover la adaptación humana y el equilibrio y desarrollo personal. (Bagladi Letelier , 2000)

Según Roca (2007) la psicología clínica ha tenido un sensible desarrollo, al ampliar su campo de acción:

- Desde el individuo enfermo hasta el individuo sano
- Desde la problemática de la salud mental hasta la problemática de toda la dimensión del proceso salud – enfermedad
- Desde el individuo hasta el grupo humano

- Desde el consultorio hasta la comunidad
- Desde el restablecimiento de la salud hasta la optimización del potencial humano (Roca Perara, 2007)

Cumple las funciones que incluyen la función de prevención, promoción de salud mental, y de rehabilitación.

Entre otros para Roca (2007) nos muestra como la psicología en general hace su evolución y los aspectos que abarca y las funciones que cumple.

Para Compas (2003) la psicología clínica comparte un conocimiento básico común el cual se ha obtenido durante más de 100 años de investigación sobre el comportamiento, la biología, la cognición y las emociones del hombre.

Se orienta a la psicología clínica al funcionamiento humano, en los aspectos biológicos, intelectuales, psicológicos, emocionales y conductuales en el transcurso de la vida, en todas las culturas y en cualquier nivel socioeconómico. Así, la psicología clínica es la rama de la psicología dedicada a la generación y aplicación del conocimiento psicológico, a la comprensión y el mejoramiento del funcionamiento y bienestar físico y mental de un individuo o de un grupo de individuos (Bagladi Letelier, 2000). La definición destaca la aplicación del conocimiento científico existente y la producción de nueva información, que contribuya a expandir el campo de la psicología y que sirva a las necesidades de la gente. "Gracias a la generación y aplicación de la ciencia psicológica, los psicólogos clínicos aspiran a mejorar el funcionamiento mental y el bienestar de los individuos". (Bagladi Letelier , 2000)

Los objetivos de la psicología clínica son comprender, tratar y prevenir los problemas de la salud mental, así como sus efectos asociados. La psicología clínica juega un papel central en la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de estos problemas (Compas, 2003). Para el cual utiliza instrumentos

como las pruebas psicológicas, las entrevistas y la observación del comportamiento.

Los aportes y aplicaciones de la psicología clínica son diversos. La investigación, a través de proyectos que van desde investigaciones de los problemas que pueden observarse y estudiarse en animales en un laboratorio hasta la eficacia de cierto tipo de psicoterapia, para un problema clínico específico. La evaluación psicológica que incluye la administración y la interpretación de las pruebas psicológicas y estandarizadas, el uso de las entrevistas clínicas estructuradas, la sistemática observación del comportamiento del cliente y un análisis de los espacios o del ambiente donde funcionan cotidianamente los individuos. La prevención de la psicopatología, una gran prioridad para todos los profesionales del área de la salud mental, Los programas para la prevención incluyen la enseñanza de habilidades sociales para los niños en edad escolar, la enseñanza de las formas adultas para enfrentar el estrés relativo al trabajo y sus consecuencias, la colaboración con familias que enfrentan posibles efectos del divorcio y la enseñanza acerca de cómo enfrentar las enfermedades y los efectos secundarios adversos del tratamiento a pacientes que padecen enfermedades físicas y mentales. La consultoría a otros profesionales, por ejemplo, proporcionando información y guía a maestros y orientadores de colegios; aconsejando a un negocio o una empresa que está luchando contra un alto porcentaje de abuso de alcohol entre sus empleados. Y, finalmente, el tratamiento; éste corresponde a la psicoterapia, quizás la imagen más comúnmente asociada al psicólogo clínico. La psicoterapia se da en modalidades individual, grupal, o familiar, y crecientemente la psicología clínica ha colocado el acento en el uso de los tratamientos validados en la investigación empírica (es decir, aquellos que se han sometido a estudios cuidadosamente controlados y estandarizados)⁶

Según Bagladi (2000) señala a la psicología clínica como más enfocada a la psicoterapia, teniéndolo como un hecho simbólico en la actualidad.

⁶ (Bagladi Letelier, 2000)

Constatando también que la psicología clínica tiene una diversa actividad de aplicaciones, cuyos efectos son reconocidos dentro de la sociedad.

Dentro de las investigaciones de la psicología clínica se presentan diversas dificultades. La primera dada por la coexistencia de las dimensiones de lo objetivo y lo subjetivo; y por la necesidad de considerar no solo momentos relevantes sino, también, todo el proceso psicoterapéutico. Proceso que involucra aspectos nomotéticos e idiosincrásicos. Y, finalmente, no perder de vista que una cosa son las teorías, y otra, las personas; encontrándonos muchas veces con que nuestras teorías clínicas se quedan cortas y/o no se ajustan a la realidad que nos presentan nuestros pacientes (Bagladi Letelier , 2000)

Según Opazo (2001) estas dificultades hacen referencia a la necesidad de dar resistencia al cambio, a desarrollar el concepto de principio de influencia, como una forma de humanizar el principio de causalidad y hacerlo más relativo a lo que nuestra realidad clínica nos ofrece como conocimiento posible, sobre el operar complejo de las regulaciones del acontecer humano. Un Principio de Influencia hace referencia a una relación entre un hecho específico (precedente) y un hecho específico (consecuente). La presencia del primero aumenta la probabilidad de que se produzca el segundo. (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001).

Viendo a la Psicología clínica como una disciplina científica, dentro del enfoque integrativo supraparadigmático se enfatiza el método científico, el cual nos permite plantear hipótesis y testearlas. Es en esta contrastación donde se podrá ver que conocimiento (hipótesis) es el que nos aporta mayor comprensión, predicción y cambio; qué conocimiento es más válido a la luz de la investigación. (Bagladi Lettier, 2010)

2.1.2.- Teoría del modelo integrativo supraparadigmatico

Se trata de una "macro-teoría" que constituye un set de principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos, que sirven de cimiento a una Psicoterapia Integrativa. En suma, se trata de una teoría/práctica que enriquece el trabajo clínico y posibilita el desarrollo de la Psicoterapia Integrativa. (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001)

El Modelo cumple una función ordenadora, en la medida que permite contextualizar los datos y comprender la función de las partes en el todo. El Modelo cumple con una función predictiva, y de hecho enriquece sustancialmente la predicción, a partir del conocimiento de todos los elementos que tienen una influencia causal en el resultado y del conocimiento de la función que cumplen esos elementos en la construcción de la experiencia. El Modelo cumple con una función de potenciar las fuerzas de cambio, en la medida que incorpora principios influencias provenientes de diferentes paradigmas y en la medida que permite comprender cómo se puede "potenciar la influencia de cada influencia". Cumple una función guiadora, en la medida que facilita la selección de temáticas relevantes para la investigación y la génesis de preguntas relevantes para el conocimiento clínico.

Aportes del Modelo Integrativo Supraparadigmatico.⁷

- Fundamentos compartidos a partir de los cuales discutir nuevos temas, sin tener que clarificar supuestos básicos en cada oportunidad.
- Una apertura teórica al conocimiento proveniente de diferentes enfoques, estimulando así el diálogo y la comunicación.
- Un fundamento epistemológico acerca de los alcances y límites del conocimiento (constructivismo moderado).
- Reglas claras para lo que será una metodología aceptable.
- Un marco guiador para plantear las preguntas apropiadas y para seleccionar los temas de investigación.

⁷ (Opazo Castro , Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001)

- Reglas compartidas para evaluar el conocimiento y la eficacia, lo cual facilita el acceso a un conocimiento acumulativo.
- Un contexto ordenador que facilita el almacenamiento organizado y funcional de los datos de la investigación.
- Un lenguaje conceptual común.
- Una fluida interacción entre los datos de la investigación, la teoría y la práctica clínica.
- Una actitud científica que permita fluctuar entre los diferentes paradigmas sin preferencias o sesgos, actitud que facilite la superación de percepciones de deseo (allegiance effect)
- La posibilidad de ir rescatando fuerzas de cambios específicos, desde diferentes enfoques y paradigmas, lo cual permite llevar a la psicoterapia más allá de los factores comunes.
- La posibilidad de desarrollar una teoría cada vez más completa y profunda, sin "segregaciones" ideológicas.
- Una teoría con valor heurístico, es decir capaz de facilitar el desarrollo creativo de nuevas teorías y estrategias clínicas.
- Fundamentos sólidos para desarrollar una Psicoterapia Integrativa potencialmente más completa, profunda y efectiva.
- Un punto axial diferente, que permita acceder a una percepción de los 360 grados de la dinámica psicológica

Todos estos son aportes básicos que Opazo ha desarrollado a través de los años y de las investigaciones que se han realizado sobre este enfoque.

Los planteamientos epistemológicos para el desarrollo del enfoque integrativo supraparadigmático (EIS). Dentro del EIS, solo es posible la argumentación no la demostración. No es posible demostrar lo posible de lo no posible.

Se demarcarán los planteamientos centrales de la epistemológica. Por "orden natural" un primer aspecto a abordar desde la perspectiva del Modelo es

el tema epistemológico. Como lo he señalado, la epistemología se preocupa por la teoría del conocimiento, lo cual incluye indagar acerca de la naturaleza del conocimiento, acerca de sus alcances, de su génesis y de sus formas de validación. El objetivo epistemológico es la clarificación e investigación del proceso por el cual las teorías y estrategias pueden crecer y progresar.

La estructura del Modelo Integrativo Supraparadigmático debe aportar el espacio suficiente como para acoger los componentes y las influencias relevantes de la dinámica psicológica sin exclusiones y sin "puntos ciegos". Carece de sentido el dejar fuera de la estructura, cualquier elemento que pueda contribuir a la comprensión, a la predicción o al cambio. (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001)

El modelo integrativo supra paradigmático, es "un marco conceptual orientador, ordenador y amplio que constituye una totalidad coherente, aporta un fundamento teórico compartido delimitando principios básicos en ámbitos epistemológicos, metodológicos y de los paradigmas causales" (Carvajal, Navarrete, 1999). Los paradigmas que conforman el modelo, contribuyen a proveer información relacionada con la predicción y el cambio, dando así los cimientos sobre los cuales construir una investigación: el paradigma biológico, el ambiental – conductual, el cognitivo, el afectivo, el inconsciente y el sistémico. (Bagladi Lettier, 2010) Estos son paradigmas cuales "son integrados en función del sistema SELF de la persona." (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001)

Enfrentando estos desafíos es como se ha venido perfilando el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), cuyo objetivo central es, en palabras de su creador Opazo en una entrevista de prensa: "Integrar todo conocimiento válido que aporte a la comprensión del funcionamiento psicológico y a la efectividad de la psicoterapia". (Bagladi Lettier, 2010)

El EIS no pretende integrar todas las propuestas de cada autor o de cada enfoque; dado que esto no es posible, ni deseable. Lo que se busca es integrar

los aportes válidos de cada autor, de cada enfoque, de cada investigación y del propio E.I.S. Todo lo cual aportará al conocimiento y, por ende, a los pacientes.

Así, a partir de una teoría completa y no reduccionista, un desafío central para la psicoterapia es contar con guías adecuadas para desarrollar investigación. Dentro del EIS tales parámetros corresponden a una teoría profunda, completa y guiadora y a altos estándares metodológicos.

Estándares metodológicos que se enfatizan, en primer lugar, el rol de predicción y cambio, para evaluar la calidad del conocimiento que será seleccionado como aportativo. En segundo lugar, combatir el “allegiance effect”; esto es, la tendencia a teñir la investigación por el compromiso que tenemos con nuestro propio enfoque. Por otra parte, contextualizar la investigación relevante en el Supraparadigma Integrativo. Finalmente, nutrir la investigación desde el EIS, aportando a la génesis de nuevas preguntas de investigación.

Con respecto a la metodología, Opazo (2010) señala que algunos métodos son aptos para conocer acerca de algunos ámbitos de la dinámica psicológica y otros métodos son aptos para conocer otros aspectos. De este modo, en el EIS; la metodología es considerada un territorio propicio para la complementación; rescatando los aportes de métodos cuantitativos, cualitativos y fenomenológicos.

El Modelo Integrativo que se explica según Opazo (2001) a continuación no constituye entonces una sumatoria de paradigmas inconexos; se trata de una unidad funcionalmente relacionada, comunicada, integrada.

A éste nivel del análisis, es posible precisar los elementos o componentes estructurales del Modelo Integrativo:

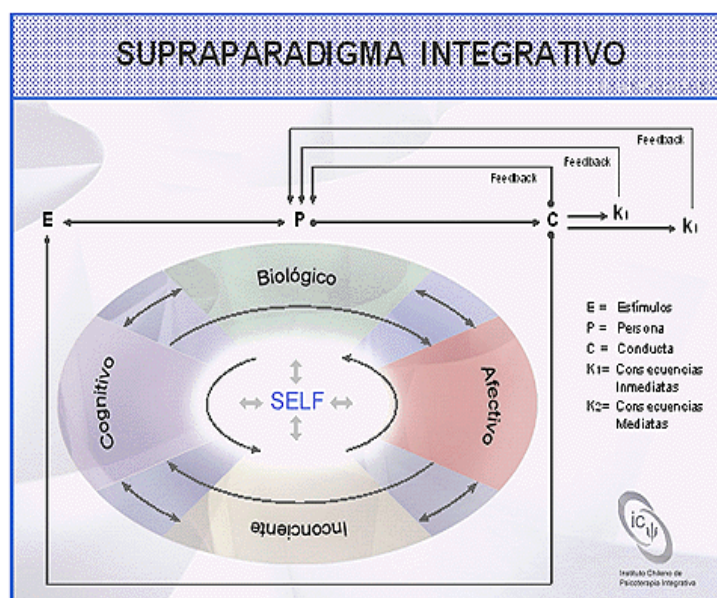
- Paradigma Biológico
- Paradigma Ambiental/Conductual

- Paradigma Cognitivo
- Paradigma Afectivo
- Paradigma Inconsciente
- Paradigma Sistémico
- Sistema SELF
- Causalidad Lineal
- Causalidad Circular
- Mecanismos de Retroalimentación
- Procesos Constructivos en la Significación

Es necesario procesar como lo elementos estructurales se relacionan y como se interrelacionan por partes entre sí en su globalidad.

En base a estos elementos relevantes para la comprensión de la dinámica psicológica humana se analizara el siguiente cuadro.

FIGURA N° 1: Delimitación Estructural del Modelo Integrativo



En términos descriptivos, en el Modelo E son los estímulos ambientales, P es la persona, C es la conducta abierta, K1 son las consecuencias inmediatas y K2 son las consecuencias mediatas. El eje integrador de la persona (P) es el

sistema SELF, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente. El Modelo integra también las modalidades causales lineal (—») y circular (<->). El Modelo asume la importancia tanto de las partes como del todo; el supuesto subyacente del Modelo en este ámbito sería "ni sólo los árboles ni sólo el bosque sino ambos".⁸

En términos funcionales, el modelo asume que el proceso perceptivo es dialectico, en el sentido que interactúa sujeto /objeto, es decir la persona cognoscente y el objeto a conocer. En este proceso interacción el ambiente aporta la "materia prima", la cual será transformada en estímulo efectivo, que es el que realmente moviliza al sistema psicológico. En este proceso activo de significación, el sistema self organiza, interpreta y modifica la experiencia, y es a su vez modificado por esta.

Una comprensión profunda de la dinámica funcional del Modelo, posibilita a su vez el transformarlo en una teoría/práctica al momento de volcarlo a la acción clínica.

2.2.- PARADIGMAS

Un paradigma es un "conjunto de creencias las cuales son compartidas por una comunidad científica y las cuales son utilizadas para interpretar la información disponible". Un modelo o paradigma puede ser descrito como un set de supuestos generales que dan forma a la metodología de investigación subsiguiente.

Para Opazo (2001), un paradigma o modelo se ve como un marco conceptual amplio y compartido, que aporta planteamientos básicos en términos epistemológicos, metodológicos y etiológicos, que es capaz de orientar la

⁸ (Opazo Castro & Bagladi Letelier, La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia, 2006)

investigación y que puede servir de fundamento a una aproximación psicoterapéutica que le sea consistente.

Este enfoque rescata aportes valiosos de cada enfoque y no así de cada autor.

Es así que el Modelo Integrativo Supraparadigmático integra los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, los cuales son integrados en función del sistema SELF de la persona. (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001)

2.2.1.- Paradigma Biológico

Según Opazo (2001) el paradigma biológico propone que ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conductas (las cuales a su vez pueden ser más o menos "desajustadas"). En términos etiológicos, se ha documentado ampliamente la influencia de los desbalances endocrinos sobre los estados emocionales, de diversos niveles de daño cerebral sobre cogniciones, emociones y conductas, de disposiciones genéticas sobre la esquizofrenia y sobre los rasgos de personalidad. (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001)

Dentro del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP) y en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), se ha encontrado un hallazgo particularmente relevante, en el sentido que factores de personalidad de fuerte base biológica (como la introversión y el neuroticismo) influyen sustancialmente en la auto-imagen y en la auto-estima (Opazo Castro & Bagladi Letelier, La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia, 2006). Es así que se mejoró el paradigma biológico, para enfatizar aquellos aspectos del Sí mismo derivados de la influencia de la biología.

Para el paradigma biológico, los psicofármacos son indispensables para diversos desajustes psicológicos.

A nivel de principios de influencia relacionados con el paradigma biológico, ejemplos pertinentes serían el que “un alto nivel de extroversión influye aumentando la probabilidad de que la persona experimente afectos positivos “y el que” un alto nivel de neuroticismo influye aumentando la probabilidad de que la persona presente atención selectiva a lo negativo”.

2.2.2.- Paradigma ambiental/conductual

El paradigma ambiental/conductual postula que ciertas características ambientales específicas, pueden influir en la aparición de cogniciones, afectas y conductas específicas. El paradigma ambiental/conductual integra además el modelo del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. En cuanto a la etiología, se centra en el rol de las experiencias tempranas y sus efectos los cuales persisten y son más difíciles de modificar que los efectos de las experiencias más tardías. (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001)

Respecto a las influencias relacionadas con el paradigma, se puede afirmar que un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción/bienestar emocional de la persona, que un repertorio conductual completo y variado influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del mismo ambiente.

2.2.3.- Paradigma cognitivo

Para Opazo (2001) el paradigma se centra su atención y su objetivo en la importancia de la información y su procesamiento. La interpretación de sus experiencias puede dar respuestas desadaptativas las cuales son producto de distorsiones en las percepciones de interpretación de las experiencias, esto

genera efectos emocionales y conductuales dramáticamente diferentes. En cuanto a la etiología se fundamenta, la influencia de los auto juicios negativos sobre la aparición del efecto depresivo, así como las bajas expectativas de auto eficacia pueden influir en la génesis de la ansiedad.

En referencia a los principios de influencia, “serían la atención selectiva a lo negativo influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos y el que una tendencia sistemática a atribuir los éxitos a factores externos y los fracasos a factores internos influye aumentando la probabilidad de que se deteriore la autoimagen y la autoestima”.⁹

2.2.4.- Paradigma afectivo

Según Opazo (2001) el paradigma es un elemento fundamental a todos los eventos y estructuras afectivas predominante la energía, los mismos que pueden constituirse en una influencias causal para provocar cogniciones, conductas y a veces cambios anatomo fisiológicos de organismo. Para la etiología, “evidente que la ansiedad facilita las conductas de evitación y escape, a que la tristeza facilita la pasividad y la apatía, a que ansiedad y tristeza deterioran la autoestima, a que la presencia de stress empobrece significativamente la capacidad hedónica”.¹⁰

A partir de los principios de influencia se puede señalar, “la presencia de afectos positivos influye generando una resistencia que disminuye la probabilidad de que surjan afectos negativos y el que la motivación al cambio por parte del paciente influye aumentando la probabilidad de éxito de la psicoterapia”¹¹

⁹ (Opazo Castro , Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001), pág. 112

¹⁰ (Opazo Castro , Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001), pág. 113

¹¹ (Opazo Castro , Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001), pág. 113

2.2.5.- Paradigma inconsciente

Según Opazo (2001) el paradigma sostiene aquellas actividades mentales de las que la persona no es consciente, influyen sobre cogniciones, afectos y conductas, los cuales tienen características especiales. Hablando etiológicamente, no se puede asegurar si un estímulo cualquiera o predeterminado provocara una reacción específica en cogniciones, afectos o conductas.

En cuanto a los principios de influencia es posible citar “que la aceptación sin conflicto en la conciencia, de contenidos previamente marginados, aumenta la probabilidad de relax en el sistema psicológico de la persona y el que la presencia de mecanismos de defensa inconscientes influye aumentando la probabilidad de tensión interna y empobreciendo el análisis de realidad”.¹²

2.2.6.- Paradigma sistémico

Opazo (2001) insta que este paradigma sistémico entendiendo como sistema a un conjunto de personas ej.: familia, implica que un sistema es más que la suma de sus partes, en donde todos los elementos están dinámicos entre todos los elementos. Este sistema busca un equilibrio haciendo una resistencia al cambio, funcionando por medio de la causalidad circular en un proceso sin principio ni fin. La momento de interrumpir la homeostasis se produce un cambio total y las partes también se afecta ya sean cognitivas, afectivas o conductuales.

En cuanto a lo etiológico, “la cohesión, coherencia y optimismo han correlacionado fuerte y consistentemente con la salud de las esposas y esposos; por otra parte, se ha documentado que familias con un miembro diagnosticado con un desorden de pánico, desarrollan conflictos entre sus miembros.

¹² (Opazo Castro , Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001), pág. 114

Mencionando los principios de influencia se puede explicar que “la tendencia del sistema psicológico a mantener su punto de equilibrio homeostático influye aumentando la probabilidad de morfostasia, es decir la resistencia al cambio y el que un cambio positivo estable en una parte del sistema, influye irradiando su efecto, aumentando la probabilidad de que se presente un efecto positivo estable en el sistema total”.¹³

2.3.- SISTEMA SELF Y SUS FUNCIONES

El self dentro del modelo integrativo supraparadigmático es el eje integrador de los paradigmas. Este sistema self no tiene fronteras, por decir un estímulo netamente biológico no implica que haya una ausencia total de afecto y viceversa. El sistema SELF es a su vez un continuo que va desde lo más nuclear a lo más periférico, que incluye a la persona como totalidad. (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001).

El proceso perceptivo es dialéctico, en el sentido que interactúan sujeto/objeto, es decir persona cognoscente y objeto a conocer. En este proceso interaccionar el ambiente aporta la "materia prima", la cual será transformada en estímulo efectivo, que es el que realmente moviliza al sistema psicológico. En este proceso activo de significación, el sistema SELF organiza, modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez cambiado por ésta. En algunas percepciones la función del SELF es muy pasiva y el estímulo efectivo deriva entonces de una actividad mecánica y automática. En otras, el sistema SELF participa muy activamente en la construcción del estímulo efectivo.¹⁴

Para un desarrollo personal del sistema self se toman en cuenta los siguientes puntos:

- Sentido de Identidad personal claro, fundamentado y estable
- Trasfondo Eficaz, Autoimagen positiva y Autoestima alta.

¹³ (Opazo Castro , Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001), pág. 115.

¹⁴ (Opazo Castro , Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001), pág., 122

- Autoconocimiento completo y preciso, junto con capacidad de auto aceptación

- Ideal del SELF claro, motivante y alcanzable
- Análisis de realidad completo y adecuadas modalidades de significación
- Capacidad de Auto-organización Funcional
- Apertura al cambio y capacidad para mantener la propia identidad
- Fluidez y Coherencia Interna
- Construcción personal de valores guidores y metas existenciales
- Compromiso personal en las decisiones: LIBERTAD
- Logro de un Sentido de Vida, más o menos trascendente
- Capacidad de movilizar conductas, persistir en esfuerzos y postergar

impulsos

- Consecuencia personal
- Adecuado mecanismo de toma de decisiones
- Capacidad para satisfacer las propias necesidades
- Capacidad para actualizar las potencialidades
- Capacidad de resiliencia¹⁵

Influyen dos tipos de significación dentro del proceso de significación del sistema self; los estímulos externos atribuyen la materia prima, la cual será procesada por el self la cual construirá una respuesta otorgándole un significado a esta materia prima. Los estímulos internos, los paradigmas, intervienen en el sistema self presionándolo, en el proceso de significación.

Como se puede apreciar en el gráfico, se podrá explicar que “una vez que el estímulo efectivo ha sido co-construido, puede movilizar conductas abiertas (C) o generar efectos cognitivos, afectivos o inconscientes. En el caso de la conducta abierta, ésta puede tener consecuencias inmediatas (K1) y/o mediatas (K2). Las consecuencias de la conducta pueden a su vez ser percibidas en un proceso de retroalimentación o feedback. Además de poder aportar

¹⁵ (Bagladi Letelier , 2000)

consecuencias y retroalimentación, la conducta puede producir cambios en el ambiente (E), modificando así la futura estimulación que influirá en la persona”¹⁶

En cuanto a las funciones que cumple el sistema self es necesario explicar cada una de ellas:

2.3.1.- Función de toma de conciencia

Para Bagladi (2000) la conciencia nos ayuda a adaptarnos a nuestro entorno y satisfacer nuestras necesidades. Mientras tengamos mejor conciencia de la experiencia mejor nos adaptaremos a nuestro entorno.

Se relaciona con una adecuada consciencia cognitivo/vivencial de la experiencia. Lo cual se relaciona con la capacidad de contestar lo más amplia y objetivamente posible, a las preguntas ¿Cómo es mi entorno?, ¿Quién soy?, ¿Qué me pasa?, ¿Qué pienso, que deseo, que siento?, ¿Cómo funciona?, ¿Cuál es mi historia?; junto con una clara conciencia de la relación conductual/ consecuencia.¹⁷

2.3.2.- Función de conducción de vida

Esta función es conductora y su misión central es lograr satisfacer sus necesidades por medio de lo conductual. Prioriza necesidades por medio del self. (Bagladi Letelier, 2000)

Según Opazo, involucra el despliegue conductual asertivo, un manejo de la impulsividad, donde la misión central la es lograr que la persona pueda abrirse espacios para satisfacer las propias necesidades, pero respetando los derechos de los demás. Permite la regulación de las conductas consecuencias.

¹⁶ (Opazo Castro , Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001), pág. 122

¹⁷ (Serrano Osenstertter, 2011)

2.3.3.- Función de búsqueda de sentido

Según Bagladi, hace referencia al fin de la existencia, esta es personal y cada individuo evaluara que es lo que más valora en su vida.

Hace referencia al hecho de dar sentido y propósito a la existencia: ¿de dónde vengo? ¿A dónde voy? ¿Cuál es el propósito de mi vida? Así, es un proceso de cambio progresivo de la persona en el tiempo en la que actualiza sus potencialidades que le facilitan la adaptación, le enriquecen sus opciones de bienestar personal y de satisfacción de sus necesidades, le potencian sus opciones de éxito afectivo, social y laboral y le abren mejores posibilidades de autorrealización.¹⁸

2.3.4.- Función de auto-organización

Bagladi (2000) nos indica que constantemente se están asimilando experiencias de vida y adaptándolas a realidades lo cual implica que esta función está constantemente cambiante, aunque esto hace referencia que el self nunca vuelve exactamente al punto de partida y toda experiencia implica algún cambio personal.

Esta involucra un reconstruirse después del impacto que ocurre tras cada experiencia, ocupando mecanismos de recuperación del equilibrio perdido. Así también la función de resiliencia involucra la capacidad para no afectarse ante situaciones de alto riesgo de desorganización, es la capacidad de crecer ante la adversidad. (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001)

2.3.5.- Función de significación

Es la que involucra la traducción de la experiencia; es darle un significado a la experiencia que va a depender directamente del procesamiento biológico,

¹⁸ (Serrano Osenstertter, 2011)

cognitivo, afectivo e inconsciente del individuo, es decir de los diferentes elementos que estructuran el modelo y que se relacionan significativamente con el input.¹⁹

Para Bagladi (2000) es darle un significado a una experiencia. El darle una mejor significación es tener una mejor adaptación a la realidad y una adecuada significación a la misma

2.3.6.- Función de identidad

La función de identidad es con la cual se va a trabajar se construye a través de la respuesta de los demás, a través de los éxitos y fracasos, a través del como procesamos nuestras experiencias. Un desarrollo personal adecuado requiere que la persona posea un sentido de identidad personal clara, fundamentada y estable. (Bagladi Letelier , 2000). La función de identidad involucra autoimagen, autoestima y una respuesta a la pregunta quién soy yo (Opazo Castro, Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica, 2001).

Además La función de identidad del SELF involucra a autoimagen y autoestima y una respuesta a la pregunta quién soy yo. Esta función puede estar muy afectada, por ejemplo, por interferencias emocionales sobre el sistema cognitivo. Difícilmente una autoimagen será estable o fuente de seguridad personal, si está construida sobre los cimientos de un alto neuroticismo, de una alta inestabilidad emocional, sobre los cimientos de un alto neuroticismo, de una alta inestabilidad emocional, se facilita la génesis de una autoimagen “ascensor”, sobre la base de un estado de ánimo negativo, la historia personal “positiva” tiende a registrarse poco. Todo esto será de máxima importancia al momento de derivar un accionar clínico desde el Modelo.

¿Quién soy yo? ¿Cómo soy? ¿Creo en mí?
Autoimagen – Autoestima – Auto eficacia

¹⁹ (Serrano Osenstertter, 2011)

¿Cuánto me conozco? ¿Cómo me ven? ¿Cómo quiero que me vean?
¿Me acepto como soy? ¿Cómo quiero llegar a ser? (Ideal de SELF)

Está conformada por la experiencia personal que cada sujeto atribuye, para que esta función tenga un buen desempeño la identidad del sujeto, tiene que ser clara, fundamentada y estable como lo menciona Bagladi (2000). Para Opazo (2001) la identidad, es representada por la autoestima y autoimagen las cuales van de la mano y son los ejes centrales de la función de identidad, se van organizando según las experiencias personales del sujeto las cuales llegarían a ser las más realistas y objetivas.

Si bien autoimagen, autoestima y autoeficacia son todas características dinámicas y perfectibles, lo importante es ir buscando su consolidación de forma progresiva a lo largo de nuestra vida. La aceptación y valoración personal se relaciona con la evaluación de capacidades y logros personales. (Bagladi Letelier , 2000)

La función de identidad, es representada como un objeto que constantemente están en movimiento, el cual estaría cambiando a lo largo de la vida y se organizarían según experiencias realmente objetivas. Se basa en aceptación y valoración personal, las cuales surgen de las capacidades que presente el sujeto y los logros personales que hubiese tenido a lo largo de su vida.

Es así que un buen desarrollo del sistema self del paciente incide directamente en su calidad de vida. Se desprende desde el Modelo es que las opciones de libertad personal se enriquecen en la medida que se fortalecen las funciones del sistema self.

2.3.6.1.- AUTOIMAGEN

La autoimagen se define como las actitudes y creencias que un sujeto tiene sobre sí mismo. La autoimagen permite responder a las preguntas ¿Cómo me veo a mi mismo? ¿Cómo evalúo quien soy, en los diferentes aspectos? ¿Que creo sobre mi mismo?

La autoimagen o autoconcepto está dentro del Self Cognitivo (Illanes, C y Tirado, J.E., 2002). Así, se puede concebir como una clase de fenómeno del Self que involucra representaciones mentales estables, producto de la actividad reflexiva del sujeto sobre sí mismo (Robins, Noren & Chekk, 1999). Las representaciones mentales pueden ser físicas, sociales, fisiológicas o morales realizadas en el presente, pasado o futuro. La autoimagen se podría llamar "la teoría de la persona", o también se puede relacionar con el auto-conocimiento que es la "construcción de un modelo interno de mundo que contiene al Self (Robins, Noren & Chekk, 1999; p. 448).

Por otra parte es posible delinear tres supuestos centrales subyacentes a las concepciones cognitivas del sí mismo. (Illanes y Tirado, 2002):

- a) El sí mismo es un todo estructural coherente compuesto por las generalizaciones que la persona tiene sobre si misma
- b) Es una entidad autónoma e independiente influida tanto por las experiencias personales como por las circunstancias ambientales
- c) Tiende a permanecer bastante estable durante toda la vida adulta

De los supuestos anteriores el primero corresponde a la autoimagen como tal; es así que se puede concebir la autoimagen como un todo estructural construido sobre la base cognitiva, en la diferenciación del sí mismo (Guidano, V, 1994). Sin embargo, dicha estructura se modifica y amplía por la influencia de predisposiciones biológicas y del mundo afectivo del sujeto. Así, las diferentes

experiencias son incorporadas de manera que confirmen o no el autoconcepto, pero también pueden modificarlo.

De esta forma, aunque el componente principal de la autoimagen es cognitivo, las predisposiciones biológicas lo influyen. En su libro "Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica" R. Opazo (2001) postula el concepto de significación biológica, que es aplicable a los eventos tanto internos como externos; es así que desde la biología se presenta una selectividad emocional biológica. Si aplicamos esto en términos de como un sujeto se evalúa a sí mismo, podríamos postular que la interpretación que realiza la persona de sí misma puede verse influida desde la biología. Como se ha establecido en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) habrían influencias biológicas en el Self.

Por otro lado en diferentes investigaciones, Davidson y col. han encontrado una fuerte convergencia entre personalidad y afectividad; así, aparece correlación entre Neuroticismo y afectos negativos, y Extroversión y afectos positivos (Davidson, 2000).

Si unimos estos hallazgos podríamos decir que personas con neuroticismo alto tenderían a presentar una autoimagen más baja, principalmente debido a que "un alto nivel de neuroticismo influye aumentando la probabilidad de que la persona preste atención selectiva a lo negativo"⁸. Esto aplicado en la autoevaluación, puede llevar a que las personas al momento de autoevaluarse tiendan a prestar atención selectiva a lo negativo de ellas mismas, de las experiencias y de la evaluación de estas.

Otro punto importante asociado a lo expuesto anteriormente, nos lleva a considerar que la autoimagen también puede verse influida desde el paradigma afectivo. "Sobre los cimientos frágiles de la inestabilidad emocional, se facilita la génesis de una autoimagen "ascensor": sobre la base de un estado de ánimo negativo, la historia personal "positiva" tiende a registrarse poco " (Opazo, 2001).

Es así que la autoimagen ascensor, habla del aumento o descenso de la autoimagen dependiente del estado de ánimo de la persona; por lo que si hay mucha inestabilidad emocional la autoimagen tendera a variar mucho. Según palabras de R. Opazo "la autoimagen es construida sobre un pantano afectivo movedizo" (Opazo, 2001) y si hay mayor estabilidad emocional la autoimagen tendera a permanecer más estable.

2.3.6.2.- AUTOESTIMA

Los primeros estudios de la autoestima como un concepto comenzó a nombrarse en los escritos de algunos de los más influyentes teóricos en psicología, pero los primeros esfuerzos teóricos, fueron seguidos por años de oscurantismo en los cuales el concepto fue menospreciado como no científico. (Ferreira,2003)

Según la definición de Coopersmith (1967), dice; por autoestima entendemos la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor. En síntesis la autoestima es un juicio 17 de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo trasmite a otros mediante informes verbales o mediante conducta abierta.

El concepto de autoestima se puede relacionar con los componentes cognitivos (opiniones, ideas, percepciones e información sobre sí mismo) y conductual (Intención o decisión de actuar). En esta investigación se está evaluando la valoración positiva/negativa que cada persona tiene sobre sí misma. Implicaría un sentimiento de gusto o disgusto, favorable o desfavorable., agradable o desagradable consigo mismo y el sentirse admirado o no admirado

frente a su propia auto valía. El factor afectivo es el principal factor que potencia o dispotencia la autoestima. (Alcántara, 1996, citado en Bejer, 2010).

2.3.6.3.- AUTOEFICACIA

Bandura (1996), definió a “las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar las posibles situaciones”; en sí, la autoeficacia no es otra cosa que las auto-evaluaciones que hace el individuo sobre lo que se cree capaz de hacer.

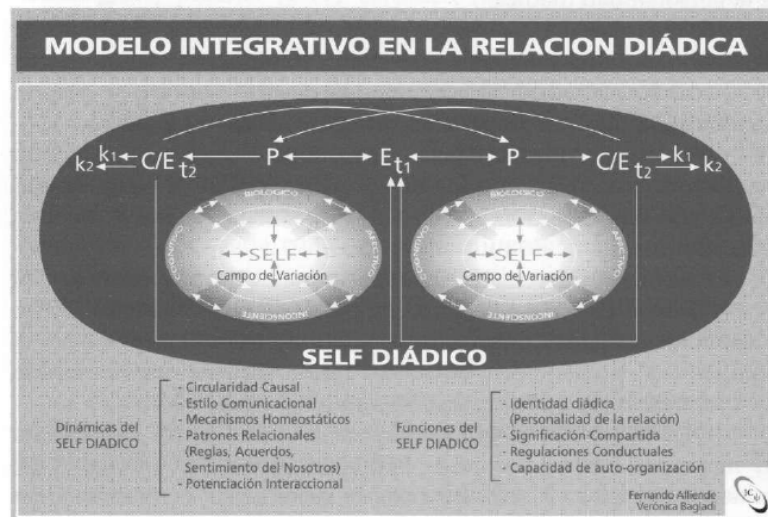
El proceso de cómo la autoeficacia funciona es simple: primeramente las personas se comprometen con una conducta, para después interpretar los resultados de sus acciones y es con base en estos resultados como desarrollan creencias sobre si son capaces o no de llevar acabo conductas subsecuentes en contextos similares.

La evaluación de la autoeficacia determina el grado en que la persona se percibe a sí misma como capaz de desplegar conductas adecuadas en el plano social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral.

2.4.- SELF DIADICO

Los psicólogos F. Allende y V. Bagladi (1998) proponen el Modelo Integrativo en la relación diádica; plantean a la pareja como un sistema, en el cual lo central es el Self diádico, que sería el que le da sentido y forma a la relación.

El Self diádico es un sistema que resulta de la relación, la interacción y mutua influencia de los Self individuales. No es una simple suma de los Self individuales, es más que eso y constituye una entidad única y diferente; por eso el Self individual no actúa de la misma manera que el Self diádico. Así éste posee características propias. Una expresión gráfica de la relación diádica, y explicita la configuración estructural de sus elementos.



En términos descriptivos, en el Modelo diádico E_{t1} , es estímulo; C/E_{t2} corresponde a los estímulos que recibe cada persona del Self diádico, que están constituidos principalmente por las conductas de la pareja. P son las dos personas componentes de este Self diádico, K_1 son las consecuencias inmediatas y K_2 son las consecuencias mediatas. También se integran las modalidades causales lineal (\longrightarrow) y circular (\longleftrightarrow). Además considera el campo de variación del Self diádico, que se asocia al campo de variación del Self individual.²⁰

En términos dinámicos, encontramos ciertas dinámicas propias del Self diádico.

2.4.1.- Circularidad causal

El concepto es tomado de la teoría de sistemas en la cual en un sistema los elementos que lo componen están en constante interacción, lo que es efecto puede a su vez ejercer de causa y así el sistema “se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene principio ni fin”²¹. En general esto mantiene el punto de equilibrio homeostático de los sistemas.

²⁰ Opazo, 2001

²¹ Opazo, 2001

Al aplicar esto en la dinámica de pareja, encontramos que las conductas de los miembros de la pareja aparecen en un momento (t1) como causa y en otro momento (t2) como efecto. Así las dinámicas relacionales aparecen como altamente complejas siendo difícil poder determinar los tiempos (t1) y (t2) para las conductas de los integrantes de ellas.

Por lo anterior en las dificultades de pareja aparecen un sinnúmero de conductas que pueden verse como adecuadas desde la perspectiva de cada uno de los miembros pero que en la interacción pueden estar determinado “círculos viciosos” en la relación. Así, las dificultades en la relación de pareja no provienen de una sola causa fácil de determinar, sino más bien de una multiplicidad de interacciones que no son accesibles a simple vista.

2.4.2.- Estilo comunicacional

Este concepto hace referencia al enfoque interaccional de la comunicación del enfoque sistémico. En este, se entiende que la comunicación es “una actividad simbólica que se basa en convenciones sociales”²², es así que para entender los estilos comunicacionales de la pareja es importante considerar el contexto en que se da dicha comunicación.

El estilo de comunicación va variar de pareja en pareja tomando características ideográficas en cada relación, estableciéndose así una forma de comunicación específica y única compuesta de patrones comunicacionales específicos.²³

El enfoque interaccional plantea dos niveles en la comunicación; el de contenido y el relacional. El primero se refiere a “lo que se dice” mientras que el relacional apunta a “como debe ser clasificado lo que se dice”. El nivel relacional, de manera general, plantea que los sujetos que participan en una interacción buscan no solo transmitir información, sino que también determinan la naturaleza

²² Lopez, A; Simonetti, F, 1991

²³ Watzlawick, Paul; Beavin Bavelas, Janet; Jackson, Don D, 1993

de la relación, para lo que se ofrecen mutuamente definiciones de estas. El segundo nivel supone un orden lógico superior que incluye y califica al primero. (Bagladi y Sasso, 1984).

Así, el fenómeno de la comunicación es entendido “como un proceso intencional y sistémico”, que puede plantear dos tipos de interacción: simétrica que “se caracteriza por el máximo de semejanza en los comportamientos comunicacionales intercambiados por los participantes” y complementaria que “es aquella que se caracteriza por el máximo de diferencia en los comportamientos comunicacionales intercambiados” (Bagladi y Sasso, 1984). Llevando estos conceptos al plano de pareja, podemos entenderlos como tipos básicos de patrones de control relacional²⁴; así la complementariedad o simétrica se entienden, dentro del enfoque interaccional, como modalidades de interacción que se pueden adoptar. En una interacción complementaria los participantes muestran un estatus desigual, en el que uno de ellos parece sustentar la posición de superioridad, es decir inicia la acción. En una relación simétrica los participantes actúan como si tuvieran igual estatus, cada miembro muestra el derecho de iniciar la acción, mostrando cada uno el mismo tipo de comportamiento.²⁵

2.4.3.- Mecanismos homeostáticos

El concepto se refiere a la estabilidad, equilibrio o estado constante de un sistema frente al cambio externo; dicho equilibrio es generalmente mantenido por mecanismos de retroalimentación negativa²⁶.

Así en la pareja los mecanismos homeostáticos permiten al self diádico mantener la estabilidad, buscando la unidad y coherencia del sistema.

²⁴ Bagladi y Sasso, 1984

²⁵ Bagladi y Sasso, 1984

²⁶ Watzlawick, Paul; Beavin Bavelas, Janet; Jackson, Don D. 1993

2.4.4.- Patrones relacionales

“El enunciado fundamental de la teoría familiar (sistémica) afirma que la familia es un sistema gobernado por reglas, es decir, que sus miembros se comportan entre si de una manera organizada y repetitiva”²⁷.

Así los patrones relacionales que se establecen en la diada pareja establecen reglas, normas y acuerdos que pueden determinar el comportamiento de los miembros de la pareja. Es así, que dichas normas y reglas pueden ser explícitas o implícitas. Estas normas y reglas permiten un actuar coordinado por parte de ambos participantes de la relación, pero principalmente transmiten un “sentimiento de nosotros” necesario para que el Self diádico se consolide.

Los patrones relacionales están íntimamente relacionados con el estilo comunicacional y ambos permiten determinar el estilo en el que los miembros de la pareja interactúan y ponen límites entre ellos.

2.4.5.- Potenciación interaccional

Dos personas se potencian interaccionalmente cuando su relación tiende a generar un “producto” o resultado interactivo, el cual es superior a la suma de esas mismas personas sin interactuar entre sí²⁸. En este caso la diada genera sinergia positiva.

Las funciones del Self diádico son:

- Identidad diádica

En el Self individual la función de identidad facilita en el sujeto el sentido de identidad, de quien es y de permanecer siendo el mismo en el tiempo a pesar de los cambios. En el self diádico esta función le da a la diada la noción de quien

²⁷ Lopez, A; Simonetti, F, 1991

²⁸ Opazo, 1999

es la pareja, a donde se dirigen, conformando una noción de nosotros. Esto da una “personalidad” a la relación, un modo de ser en el mundo relativamente estable.

La “identidad idealizada” de la pareja es donde entran en juego las fantasías y proyecciones de cada uno de los miembros de la pareja; esto puede generar problemas cuando la identidad real es muy diferente a la idealizada, pero si nos permite la proyección en el tiempo partiendo de “como somos ahora y a donde queremos llegar”.

- Significación compartida

En el Self individual, la función de significación apunta a los elementos biológicos, cognitivos, afectivos e inconscientes del sujeto, que influyen en el cómo interpreta la realidad y de acuerdo a esto actúa. En el Self diádico se refiere al sistema de creencias compartidas por la pareja, es subjetiva e idiosincrática. En general, se refiere a como interpretan los miembros de la pareja las diferentes experiencias. También permite el ir creando experiencias compartidas por ellos y por nadie más, significados particulares que les da sensación de coalición, de complicidad y de ser únicos.

- Regulaciones conductuales

Se refiere a que dentro de la pareja hay reglas y acuerdos que pueden ser explícitas o implícitos, que determinan lo que es permitido o no. Esto también implica se generan mecanismos homeostáticos que mantienen a los miembros de la pareja “dentro” de lo permitido y sancionan a los que transgreden las normas.

- Capacidad de auto organización

La auto organización se puede entender como la capacidad que presenta un organismo para mantener la coherencia y estabilidad frente a elementos externos que le desestabilicen. Si pensamos en la diada de pareja, es importante que existan mecanismos de coherencia y unidad que permitan al Self diádico enfrentar eventos desestabilizantes sin que el sistema se desintegre y sin que se pierda excesivamente su punto de equilibrio homeostático.

- Sentido de vida

Es la proyección en el tiempo de la pareja. El Self diádico se proyecta en el tiempo como compartido y con un fin.

La satisfacción matrimonial se entendería como un estado de bienestar y de realización de ambos miembros de la pareja, en donde las necesidades de intimidad, compañía, proyección y desarrollo de pareja son satisfechas. Además en donde los conflictos son resueltos y no evitados, por medio de la negociación y la colaboración de ambos miembros, sin que ellos recurran a mecanismos de evitación de la intimidad. Lo anterior facilita las dinámicas propias del Self diádico, permitiendo a los integrantes crecer en armonía.

Existen factores que afectan la comunicación en la pareja, tales como: amor mutuo deficiente, es decir mientras mayor deficiencia exista en este factor más probable una mala comunicación entre los miembros de la pareja. Otro factor a considerar es vida sexual, se he visto que si esta es deficiente favorece una mala comunicación entre los integrantes de la pareja. Un factor importante parece ser la ocupación de la mujer como dueña de casa que impide una comunicación fluida, esto puede deberse a que los “maridos” se quejan de que ellas no presenta temas variados e interesantes de conversación, además si la mujer se queda como dueña de casa necesita hablar con otro adulto y puede “invadir” con su conversación cuando la pareja llega a la casa.

Desde otro punto de vista, parecieran existir factores individuales que afectan la comunicación en pareja. Así, los rasgos de personalidad aparecen como una gran influencia.²⁹ Es así que los rasgos propios tales como posesivo, infiel, introvertido y frío, dificultan una comunicación fluida y enriquecedora. Por otro lado, el percibir a la pareja como egoísta, dominante, agresiva, muy poco celosa, muy o muy poco posesiva, infiel, introvertida y/o fría, pueden llevar a una mala comunicación³⁰.

2.5.- EVALUACION CLINICA INTEGRAL

En el marco de la Psicoterapia Integrativa, el diagnosticar no es estático ni desea meramente etiquetar al paciente en una categoría. El sentido de la evaluación diagnóstica se relaciona con facilitar la intervención terapéutica. Es así, que los sistemas diagnósticos son de valor si predicen cual tratamiento es probable que sea exitoso. Por lo tanto, "solo tendrá sentido si es capaz de precisar el pronóstico, esclarecer etiología y potenciar el cambio".

Puesto que el Modelo Integrativo Supra paradigmático enfatiza el rol etiológico/terapéutico de los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, organizados en torno a un sistema Self, la Psicoterapia Integrativa asume la necesidad de evaluar en estos diferentes niveles. Es así que un desglose paradigmático permite evaluar las fortalezas y debilidades del paciente en cada paradigma del Modelo y en su sistema Self. (Opazo, 2001)

Sobre la base del Modelo Integrativo, el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) ha desarrollado la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI).

²⁹ Opazo, 1992

³⁰ O'Leary, 1992.

2.6.- FICHA DE EVALUACION CLINICA INTEGRAL (FECI)

La Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) es un cuestionario de auto-reporte que responde el paciente en las primeras sesiones. En él, el paciente se auto-describe, explicita su autoimagen, su autoestima y sus expectativas de eficacia personal, describe sus formas de procesar información, sus modalidades de autocontrol y su administración conductual. Además el FECI Integra escalas a nivel internacional (E.P.Q. de Eysenk, test de asertividad de Rathus, Sub-Escala Gambrill y Ritchie, etc.) y aporta escalas validadas a través de la práctica clínica (Escalas de síntomas, depresión, ansiedad, autoimagen, irracionalidad cognitiva, autoestima, satisfacción de necesidades, repertorio de conductas sociales, satisfacción marital, organicidad y perfeccionismo). En total contiene 20 escalas clínicas de puntaje cuantitativo.

El FECI posee las ventajas y desventajas de un auto-reporte; al respecto no tiene una validez excesiva y complementa los datos con la observación clínica. Una ventaja importante de este instrumento es que obliga a evaluar cada uno de los sub-paradigmas integrados al modelo, así como el sistema Self del paciente.

El FECI aporta a la facilitación de la relación diagnóstico – psicoterapia. El desglose específico de cada paradigma permite observar el funcionamiento del sujeto en esa área y establecer procedimientos terapéuticos específicos.³¹

Así el aporte del FECI es cuantitativo en la medida que permite el acceso a los puntajes de las diferentes escalas. Es cualitativo en la medida que recoge descripciones y opiniones del paciente en relación con sus diferentes características.

³¹ Opazo(2001)

2.7.- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Consideramos a la Violencia como una situación en la que una persona con más poder abusa de otra con menos poder –supone el empleo de la fuerza para controlar la relación y se ejerce desde los más fuertes hacia los más débiles. Este termino de violencia alude a la formas de abuso físico, emocional o sexual.³²

La violencia intrafamiliar es una forma de violencia que transcurre en el hogar, frecuentemente la más común dentro de la sociedad, en lo cual las victimas principales de estos tipos de violencia son las mujeres, niños/as, adolescentes y ancianos/as. En Bolivia, de acuerdo a la ley 1674/95, se entiende por violencia intrafamiliar a la agresión física, sexual o psicológica cometida por: el conyugue, hermanos, parientes o tutores cuidadores.³³

Se podría definir la violencia familiar como toda acción u omisión cometido en el seno de la familia por unos de sus miembros, que afecta la vida o la integridad física o psicológica, o incluso la libertad de otro de sus miembros, y que causa un serio daño al desarrollo de su personalidad. Este término alude a todas las formas de abuso que tiene lugar entre los miembros de la familia, que es aquella en que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro.³⁴

2.8.- VIOLENCIA MASCULINA

Jorge Corsi, delimita la violencia conyugal como unas de las formas encubiertas que adopta la normativa socio cultural de dominación del hombre hacia la mujer. Este autor menciona el comportamiento intrafamiliar violento como una conducta aprendida y relacionada con las experiencias vividas durante la infancia y la adolescencia, donde frecuentemente, los maridos agresores han experimentado en sus familias de origen, como víctimas o testigos, este tipo de

³² Corsi, (1995).

³³ Arnez, (1998).

³⁴ Núñez de Arco,(1994)

modalidades vinculares en el cual este desplazamiento aprendido se denomina transmisión inter-generacional".³⁵

2.9.- VIOLENCIA CONYUGAL

Es una problemática psico-social que define una situación particular de victimización, el maltrato tiene un único sentido, del hombre hacia la mujer, donde el hombre violento instrumenta la selectividad y la direccionalidad, en el cual el selecciona la víctima, su esposa, instaurándose como mujer maltratada, sobre la cual dirige y focaliza la violencia, no ejerciendo este comportamiento de forma indiscriminada.

La violencia implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza, es decir, someter al otro mediante el uso de la fuerza, querer que el otro haga algo que no haría por su propia voluntad.

La violencia es la expresión de la fragilidad masculina y tiene función de perpetuar la masculinidad y la dominación tornándose así en una forma del poder masculino.

Perciben que su autoestima y su poder se encuentran permanentemente amenazados y, ante la sospecha de la pérdida de control, intentan retomarlo a través de la fuerza, mostrando una actitud externa autoritaria que oculta su debilidad interior.

2.10.- MUJER MALTRATADA

Se considera a toda persona que padece maltrato físico, emocional y/o abuso sexual, por acción u omisión, de parte de la pareja con que mantiene un vínculo de intimidad. La victimización incluye el obligar a la mujer a ejecutar

³⁵ Corsi,(1995)

acciones que no desea o prohibirle la concreción de aquellas que si quiere efectuar.

Las mujeres que padecen la violencia domestica generalmente soportan maltratos emocional, además de físico, no percibiendo siquiera el deterioro del que se han apropiado, al recibirlo en forma permanente, donde ellas son insultadas, humilladas, desautorizadas, descalificadas y desvalorizadas por su marido/compañero, como forma de maltrato psíquico. Este incluye la dimensión o categoría del control de la mujer por el hombre.³⁶

2.11.- TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Según la organización Mundial de la salud, también toman en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales y psíquicos, están basados en las privaciones o el abandono, así como el entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima, violencia física.

2.11.1.- VIOLENCIA FÍSICA

Es la agresión en el cuerpo producida por: golpes, empujones, puñetazos, patadas, palizas, mordeduras, quemaduras, lesiones por estrangulamientos, por armas corto punzantes y/o de fuego y otras agresiones.

Núñez de Arco (1994). Señala que violencia es cualquier acción u omisión, no accidental que provoque un daño físico o psicológico a otra persona. Asimismo este autor desde el punto de vista jurídico define a la violencia física como una lesión que es: toda alteración anatómica o funcional en el cuerpo o en la salud de una persona, originada por un agente traumático.³⁷

³⁶ Dohmen Mónica Liliana(1994)

³⁷ Núñez Arco(1994)

Vargas Alvarado (1999). Desde la traumatología forense, refiere que una forma de definir lesión, desde el punto de vista jurídico, es toda alteración anatómica o funcional que una persona cause a otra, sin ánimo de matarla, mediante el empleo de una fuerza exterior. Las lesiones en traumatología forense tiene varias clasificaciones pero este autor toma en cuenta, la clasificación por los agentes que las producen.

- Lesiones por agentes mecánicos por agente contundente: Excoriaciones, equimosis, hematomas, contusiones profundas grandes, machucamientos, avulsión, traumatismo craneoencefálico; por arma blanca: heridas punzantes, heridas cortantes, heridas punzocortantes, heridas corto contundentes, heridas punzo contundentes; por arma de fuego: herida por proyectil de arma de fuego con la variedad de proyectil único o proyectiles múltiples.
- Lesiones por agentes físicos-quemaduras: por color húmedo, vapor y líquido en ebullición; por calor seco: reacciones solares, cuerpos sobrecalentados, flama directa, electricidad; por sustancias químicas: ácidos y bases.
- Lesiones por agentes químicos- envenenamientos: venenos en estado sólido, barbitúricos, arsenicales y estricnina; veneno en estado líquido: vía oral, vía parental o Intra-venenosa; Gases: por inhalación o inspiración monóxido de carbono, cocaína, marihuana, cemento industrial o pegamentos.

Las lesiones por agente contundente es el tipo de lesión más común en violencia intrafamiliar. La violencia física es ejercida generalmente por el hombre en un 93 % de las situaciones, siendo las principales víctimas la mujer, niños y ancianos.

La violencia física en la familia ha venido jugando en nuestro contexto histórico – cultural un papel esencial en la construcción de la masculinidad y, por ende de la feminidad.

Hay mayores probabilidades de que las mujeres sean atacadas en sus propios hogares por personas con las que convive. La violencia doméstica es un método que utiliza alguien (por lo general un hombre, aunque ocasionalmente una mujer) para controlar a su pareja y a veces a otros miembros de la familia.

Algunas personas creen que este abuso es un asunto privado del cual debe ocuparse la familia. Sin embargo, la violencia es un crimen y las familias tienen derecho de estar protegidas contra ese crimen. Mantenerlo detrás de puertas cerradas solo permite que el abuso continúe y que provoque un daño emocional en los miembros de la familia. Si no se hace nada al respecto, el abuso físico generalmente empeora y a veces llega a provocar heridas graves o la muerte.

Aun cuando el abuso físico se comete contra una sola persona, a menudo la pareja de un hombre, también afecta a los demás miembros de la familia. Los niños que crecen en familias abusivas pueden desarrollar problemas como sentir que no pueden confiar en los adultos, en especial en el hombre, o pueden desarrollar problemas de alcohol u otras drogas. Es por esto que no podemos pensar que la violencia doméstica no es asunto de los demás, es un problema que afecta toda la sociedad.

2.11.2.- VIOLENCIA SEXUAL

Es la afectación en el ámbito de la sexualidad producida por actos como: manoseo, acoso sexual, pedidos de relación sexual, observación lesiva, agresión sexual y/o sexo forzado.

La violencia contra la mujer puede ser entendida como una relación de poder que convierte las diferencias entre los sexos en desigualdad, donde los hombres ejercen control y poder sobre las mujeres castigándolas y socializándolas dentro de una categoría inferior subordinada. La violencia sexual constituye una de las más antiguas y amargas expresiones de la violencia de género.³⁸

Se considera que una de las causas por la que no se denuncian es la vergüenza, humillación y miedo a la reacción de sus parejas, familiares, amigos, vecinos y autoridades.

La violencia sexual es un fenómeno universal que ataca indistintamente a mujeres de todas las clases sociales, etnias, religiones y culturas de diferentes niveles sociales y económicos, en cualquier etapa de la vida de la mujer y es considerada como una violación a los derechos humanos, viniendo a producir un profundo impacto emocional con severas consecuencia que pueden acompañar a la víctima a lo largo de su vida.⁸ (Vargas Alvarado)

La violencia sexual en la familia estaba encubierta debido a mitos y creencias que no permitían aceptar este fenómeno al interior del hogar. Muchas mujeres son víctimas de abuso sexual por parte de sus esposos, sin embargo la fachada del matrimonio se mantiene por temor a lanzar vergüenza sobre ellas.

Las supervivientes también guardan silencio por temor a que sus familias las rechacen, en ocasiones con violencia. Algunas supervivientes de abuso sexuales sienten que no han estado a las expectativas familias, mientras que sobre otras se cierne la posibilidad de ser abandonadas o agredidas por sus parejas. Una característica frecuente es que la víctima vive aterrorizada por amenazas, en un estado de temor y angustia constante, especialmente dadas las grandes probabilidades de que la amenaza se haga realidad. Las secuelas

³⁸ Vargas Alvarado(1999)

traumáticas suelen acompañar a las víctimas durante largos periodos o durante toda la vida, si no reciben asistencia especializada.

2.11.3.- VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Es el daño producido en la esfera psíquica como: aislamiento, celos excesivos, agresividad, hostigamiento verbal, humillación, acosamiento, amenazas de muerte, amenazas con armas, amenazas por quitar a los niños y otras tácticas de tortura emocional.³⁹

La violencia hacia la mujer incluye diferentes áreas de su vida de las cuales algunas son reconocidas y otras ignoradas o simplemente de ningún valor para quienes la ejercen y para quienes son espectadores de la violencia. Eso sí que la violencia psicológica es la que menos se valora pero es la que definitivamente marca la vida de una persona como ser humano, en el cual las mayores heridas quedan dentro del mismo ser de la mujer maltratada, golpeada y abusada.⁴⁰

Se va a hablar de una mujer en situación de violencia cuando el conjunto de circunstancias y condiciones de agresión en las que se encuentra una mujer en un momento determinado de su vida, no importa cual fuera el tipo de violencia que se encuentra viviendo. Ley Integral 348, (2013).

2.12.- CICLO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia incluye una forma repetitiva de retroalimentación que está dispuesta en un ciclo que a lo largo de la línea del maltrato tiende a cronificarse y a volverse más intensa. Tiene tres fases según Corsi (1994):

³⁹ Arnez Olga(1998)

⁴⁰ Chirinos Fabiana(2004)

- **Primera fase:** denominada “fase de acumulación de tensión” se produce una sucesión de pequeños episodios, con un incremento constante de ansiedad y hostilidad.
- La tensión alcanza su punto máximo y sobreviene la **Segunda fase**, denominada “episodio agudo” en la que toda la tensión que se había venido acumulado da lugar a una explosión de violencia que puede variar en gravedad, oscilando desde un empujón hasta el homicidio. Se caracteriza por el descontrol y la inevitabilidad de los golpes.
- **Tercera fase:** en la tercera fase denominada “luna de miel” se produce el arrepentimiento, pedido de disculpas y promesas de que nunca más va a ocurrir por parte del hombre. Pero al tiempo vuelve a reaparecer los periodos de acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo.⁴¹

2.13.- CAUSAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia es un fenómeno histórico que se relaciona con construcciones sociales (enfoque de género), que definen y articulan los ámbitos de lo “masculino” y “femenino” generando relaciones de poder, discriminación y subordinación.

Las causas son complejas, pero predominante, es producto de una organización social, basada en la desigualdad y es ejercida por los que tienen más poder y derecho a intimidar y controlar.

La razón de la violencia hay que encontrarla en el cruce del individuo y la sociedad. Al interior de la familia, las desigualdades producidas en razón de género y la edad son las principales determinantes de las relaciones violentas que allí se construyen.⁴²

⁴¹ Núñez de Arco(2004)

⁴² Arnez O.(1998)

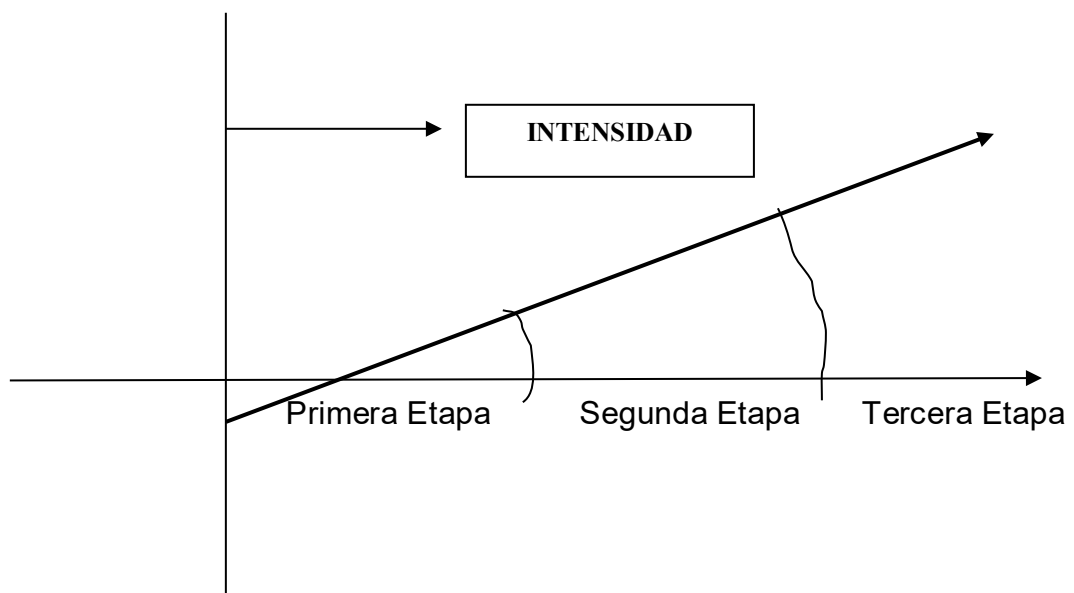
2.14.- DINAMICA DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

Para Corsi, (1995) la dinámica de la violencia conyugal posee dos factores importantes para su desenvolvimiento. 1.- ciclo de la violencia y 2.- la intensidad.

1.- El ciclo de violencia: Fase de agresión, reconciliación y tensión.

2.- Intensidad.- La primera etapa de violencia es sutil, toma la forma de agresión psicológica. Esta consiste en atentados contra la autoestima de la mujer. El agresor ha de ridiculizar, ignorar su presencia o no presta atención (violencia por omisión). Estas conductas no parecen en un primer momento violentas, en una segunda etapa se hace presente la violencia de tipo verbal, que viene a reforzar la agresión psicológica. El agresor insulta y denigra a su cónyuge, llegando en muchos casos a causar un desequilibrio emocional. Seguidamente aparece la tercera etapa en la cual comienza la violencia física: la mayoría de la violencia de tipo física después de haber empezado la escalada de violencia. Esta escalada de violencia puede llegar incluso al homicidio o suicidio de la víctima.⁴³

FIGURA N° 2: Escalada de la violencia



⁴³ Corsi, 1995.

2.15.- DAÑO PSICOLÓGICO:

La influencia de lo psíquico sobre el cuerpo está comprobada y tiene un basamento en la unidad neurohormonal, que parte del cerebro, desde el sistema límbico hasta las secreciones hormonales y vías nerviosas que irradian órganos y músculos. Para que se pueda generar un daño psicológico deben darse algunas condicionantes en cuerpo y psiquis. Debe existir una alteración anatómica funcional, física o psíquica que lleve al organismo a una disfunción.

Es así que Telarico, (2002), define al daño psicológico como un trauma o acontecimiento en la vida de alguien que sobrepasa la capacidad de tolerancia habitual, y que por sus efectos duraderos, produce consecuencias patógenas en la vida de esa persona.

En realidad el acontecimiento traumático es la experiencia traumática, pero el trauma en sí mismo, es la herida que produce. Etimológicamente proviene del griego y significa herida o corte, que a su vez deriva de perforar. Es esta la herida la que deja huella en la vida cotidiana del sujeto, perdurara a través del tiempo. Luego cuando se presente una situación parecida o equivalente, el organismo hará funcionar la señal de alarma o angustia interna y para evitar el desborde de aquella situación traumática, se alejará o tratará de evitar la tensión interna huyendo, o buscando una situación que lo alivie.

Jurídicamente daño psicológico es la perturbación transitoria o permanente del equilibrio espiritual preexistente de carácter patológico, producido por un hecho ilícito, que genera en quien la padece la posibilidad de reclamar una indemnización por tal concepto a quien la haya ocasionado o deba responder por ella.

Psicológicamente el daño psicológico no toma en cuenta el aspecto indemnizatorio, sino el efecto de cambio en la disposición en una persona, sus armas o mecanismos de defensa, su manera de abordar las situaciones

próximas o probables, y el estado físico, psíquico y cognitivo con que cuenta luego del hecho traumático⁴⁴.

Cuando un hecho traumático se da este produce un detrimento sobre la psiquis , impidiéndole funcionar como lo había hecho hasta el momento del suceso, y además el efecto se ramifica sobre otros aspectos, ya sean patrimoniales o vitales, que limiten la actividad de la persona, se habla de un efecto de daño psicológico.

En violencia intrafamiliar el acontecimiento traumático se da a partir de las agresiones sufridas por parte del agresor, ya sean estas físicas, psicológicas o sexuales. Estas agresiones generaran en la mujer o menores de edad “traumas” que alteraran de alguna manera el equilibrio interno de los individuos.

Según datos de los Servicios Legales Integrales Municipales de la ciudad de La Paz el deterioro de la psiquis de las víctimas de violencia intrafamiliar no se da inmediatamente, sino que es un deterioro paulatino y sistemático, donde la persona agredida empieza a generar conductas, comportamientos y mecanismos de escape ante la presencia del agresor. Muchas de las agresiones en violencia intrafamiliar llegan a generar estados elevados de estrés que a su vez desestabilizan el umbral de tolerancia de la víctima, generando la aparición de síndromes psicopatológicos y trastornos asociados que posteriormente estos se consoliden como trastornos de ansiedad, de ánimo, asociados, de personalidad, etc.

La violencia intrafamiliar modifica el equilibrio, este hecho es de orden externo pues es el acontecimiento traumático que repercute en las emociones y afectos de la víctima.

Es así que el aparato psíquico no puede mantener las mismas condiciones anteriores a la agresión. De esta manera aparecen síntomas conductuales u

⁴⁴ Telarico(2002)

orgánicos diferentes. Está a veces puede llevar a modificaciones corpóreas que conllevan enfermedades físicas (psicosomáticas) o trastornos psicológicos que comienzan con la aparición de mecanismos de defensas, tales como negación, proyección, represión que tienen como objetivo detener la angustia o ansiedad.

El efecto del daño psicológico se amplía y trasciende a la persona que sufre, implicando a la familia que también debe sufrir una readaptación a los roles familiares y vida cotidiana.

Los principales síntomas de daño psicológico según Telarico (2002):

1. Síntomas de daño psicológico por accidente de tránsito; fobias, confusión (alteraciones de conciencia), amnesia post traumática, desgano, inhibición y depresión anticipada.
2. Síntomas por daño psicológico por agresión y maltrato intrafamiliar; fobia
3. intensa, temor proyectado, ansiedad, aislamiento, estados de activación y alerta, depresión, ideaciones suicidas, síndrome de estrés post traumático, angustia, autoculpabilización, miedo exacerbado y en algunos casos agresividad a terceros⁴⁵.
4. Síntomas de daño psicológico en duelo patológico; desorganización, auto reproches, desánimo y melancolía.

El daño psicológico se relaciona directamente con parámetros de indicadores cuantificables.

Según Telarico (2002), existen algunos ejes sindrómicos a consecuencia del maltrato en violencia intrafamiliar.

⁴⁵ Urzagasti, 2006.

- **Estrés post traumático.-** es una estado emocional que es la culminación de un proceso en que se han acumulado tensiones o situaciones conflictivas que sobrepasan la capacidad de adaptación de la persona. Generalmente este síndrome aparece frecuentemente en mujeres y niños que han sufrido maltrato.
- **Sueños recurrentes.-** (reexperimentación de situaciones traumáticas).
- **Trastornos en el desarrollo.-**
 - Trastornos de ansiedad de separación
 - Enuresis y Encopresis
 - Trastornos de conducta.
- En las víctimas de violencia intrafamiliar es posible observar trastornos de estado de ánimo como es el caso de la depresión, melancolía.
- Trastornos de ansiedad, que se producen por el miedo extremo (agresión) crisis de angustia, agorafobia y fobia específica como trastornos asociados.

También es observable la presencia de trastornos somatoformos en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y en casos más severos existe la posibilidad que se presenten trastornos disociativos.

Otro síntoma que es observable en víctimas de violencia intrafamiliar, el daño psicológico es la alteración de la imagen propia de la persona que sufre el trauma, es decir se ve afectada el autoestima que generalmente está relacionada con cuadros depresivos y fobias.

Jorge Núñez del Arco (1999), hace referencia al síndrome de maltrato de la mujer, que se define como el conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su

cónyuge o mujer a la que estuviese o haya estado unida por análogas relaciones afectivas.

Síndrome de la mujer violada.- son los signos y síntomas que experimenta una mujer violada. Su vida se ve afectada por experiencia traumática con alteraciones de conducta, miedo a estar sola, estados elevados de ansiedad, irritabilidad, aumento de pensamientos intrínsecos sobre el suceso con explosiones de rabia, furor y autoinculpación.⁴⁶

El carácter traumático del pánico el terror, la impotencia, las frustraciones severas, acompañadas del dolor y del carácter impredecible del comportamiento del adulto agresor, constituye secuelas psicológicas que se manifiestan de las distintas formas como: muy pobre autoestima, síndromes de ansiedad, angustias y depresión donde estos pueden manifestarse en trastornos del comportamiento por angustia, miedo y ansiedad, o como estrés pos-traumático, a veces esos trastornos, pueden estar disfrazados por mecanismos de adaptación a la situación. Puede también presentar desorden de identidad, llegando a tener una mala imagen de sí mismo, puede creer que es ella la causa del descontrol de su agresor, lo que llevaría a auto representarse como una persona mala e inadecuada.

2.16.- ECOSISTEMAS

Para abordar el tema de la violencia partimos del modelo ecológico, un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan dinámicamente:

Macrosistema.- Se refiere a la forma de organización social, al sistema de creencias y a la ideología cultural. Definido al entorno más amplio como "Sociedad patriarcal", Dentro de la cual el poder, conferido al hombre por sobre la mujer y a los padres por sobre los hijos. El sistema de creencias patriarcal sostiene un modelo de familia vertical, con un vértice constituido por el "Jefe del

⁴⁶ Telarico, (2002) Ref.: Núñez de Arco

hogar”, QUE Siempre es el padre, y estratos inferiores donde son ubicados la mujer y los hijos. Prescriben obediencia automática e incondicional de la mujer hacia el marido y de los hijos hacia los padres.

Exosistema.- Los valores culturales no se encarnan directamente en las personas, sino que se hallan mediatizadas por una serie de espacios que constituyen el entorno social más visible: Las instituciones educativas, recreativas, laborales, religiosos, los medios de comunicación, judiciales, etc.

Los mitos, estereotipos, ideas y valores promovidos y perpetuados a través de distintas redes que se entrecruzan socioculturalmente, instauran como verdadera y real que quien denuncia al agresor es culpable, porque destruye a la familia. Esta creencia queda reforzada por representantes de la ley, donde en lugar de proteger a la víctima la culpabilizan o intimidan a abandonar dicha empresa, con diferentes racionalizaciones, desconociendo el riesgo que corre. De este modo, cobra efecto la segunda victimización, denotada como el maltrato ejercido por personas civiles allegadas o no a la víctima.

Microsistema- Se refiere a las relaciones intrafamiliar y las historias personales de quienes constituyen la familia.

Es en la familia donde se aprenden los modos de afrontamiento en las situaciones de crisis, el grado de compromiso y la responsabilidad frente a las transformaciones cotidianas. En esta construcción de la familia, pilares fundamentales lo constituye el afecto y los valores que rigen en cada grupo familiar.⁴⁷

2.17.- DESEQUILIBRIO DE PODER

Según Corsi, el hombre al sentir amenazado su rol, ocuparía la violencia para intensificar la diferencia y mantener desigual la relación, es decir, una

⁴⁷ CORSI J.(1997), Brofenbrenner, Urie (1987)

búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza.

El desequilibrio de poder puede ser permanente o momentáneo: En el primer caso, la definición de la relación está claramente establecida por normas culturales, institucionales, contractuales, etc.; en el segundo caso, se debe a contingencia, ocasionales. Por ejemplo, un vínculo caracterizado por una marcada asimétrica (desigual), como el que se da entre un coronel y un soldado, puede ser considerado como un desequilibrio permanente de poder, definido a partir de normas institucionales. Pero imaginemos una situación fuera del cuartel, el soldado encuentra al coronel desarmado en un paraje solitario, y le apunta con su arma. En ese instante, la asimetría se invierte y el desequilibrio de poder pasa a favorecer momentáneamente al soldado.

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos interpersonales, se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder, permanente o momentáneo.⁴⁸

La violencia implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza, es decir, someter al otro mediante el uso de la fuerza, obtener que el otro haga algo que no haría por propia voluntad.

La violencia es la expresión de la fragilidad masculina y tiene función de masculino. Perciben que su autoestima y su poder se encuentran permanentemente amenazados y ante la sospecha de la pérdida de control, intentan retomarlo a través de la fuerza, mostrando una actitud externa autoritaria que oculta su debilidad interior.

⁴⁸ CORSI J. (1994)

2.18.- TIPOS DE RELACIÓN DE PAREJA

Existen dos tipos de categorías en las cuales las interacciones humanas se pueden englobar:

- **Complementaria**- la conducta de cada miembro complementa la conducta del otro. Hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición inferior o secundaria. Hay dos niveles diferentes pero sin valorar que uno es mejor que el otro.

Una relación complementaria puede estar definida por el estatus social o cultural como en los casos de padre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno, jefe y empleado, etc.

Por tanto, en las relaciones complementarias es importante destacar que lo que se pone en juego es el mutuo encaje de la interacción, en la que la conducta de un miembro favorece que aparezca la conducta del otro. Ningún miembro impone al otro el tipo de relación, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro.

Las relaciones complementarias se vuelven disfuncionales cuando son excesivamente rígidos. La rigidez lleva a un sentimiento de dependencia mutua de forma que uno no es nadie sin el otro y viceversa, en el cual esto hace que cada uno tenga identidad solo si se mantiene esa relación.

- **Simétrica**- Las conductas de ambos tienden a igualarse. No existen dos posiciones diferentes ya que está basada en la igualdad. Puede estar definida por el estatus social, como, por ejemplo, entre amigos, entre hermanos, entre marido y mujer, etc. son relaciones de igual a igual, de cooperación, de compañerismo.

Una relación simétrica se convierte en disfuncional cuando aparece la competencia o rivalidad. Al perderse la estabilidad en una relación simétrica, se produce una “escapada “de uno de los miembros: el otro intentara equilibrar la relación, produciéndose, a partir de aquí una escalada simétrica.⁴⁹

Las relaciones complementarias están basadas en la diferencia, mientras que las relaciones simétricas están basadas en la igualdad.

Lo saludable es alternar las interacciones complementarias con las simétricas; de esta manera, en algunas áreas de relación seria simétrica pero sin escalada, y en otras complementarias pero sin dependencia.

2.19.- SUBSISTEMA CONYUGAL

El sistema conyugal es necesario que presente una limitación clara y bien definida dentro de la totalidad del medio estructural familiar y pueda ofrecer una protección a los otros subsistemas familiares. La comunicación interna marital o de pareja debe ser abierta y directa.

El sistema está determinado por diferentes subsistemas según el criterio elegido. Un criterio básico es la función que cumple cada miembro.

En una familia los subsistemas, pueden ser formados por generación, sexo, interés o función, siguiendo este último criterio (función) podemos diferenciar cuatro subsistemas básicos: conyugal, parental, filial y fraterno

- **Subsistema Conyugal (Conyugalidad)**

Relación Horizontal:

Mujer ↔ **Marido**

⁴⁹ Watzlawick (1981)

Está formado por los dos miembros de la pareja, es decir, dos adultos que se unen con el deseo explícito de constituir una relación de pareja estable. Es saludable que la pareja comparta intereses y objetivos, siendo la confianza y el apoyo mutuo una base importante. Cada miembro de la pareja cede algo de individualidad a expensas del sentimiento de pertenencia.

- **Subsistema Parental (Parentalidad)**

Relación Vertical:

Padres



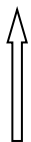
Hijos

Este subsistema se constituye en el momento en que la pareja tiene el primer hijo. Es función de este subsistema el “nutrir” afectivamente a los hijos, educarlos, darles soporte emocional y favorecer la socialización. Así mismo, los padres deben aprender a poner límites adecuados a los hijos estableciendo una diferenciada jerarquía en la que los hijos se sienten seguros y protegidos porque los padres saben hacer un uso adecuado de la autoridad.

- **Subsistema Filial (Hijos)**

Relación Vertical:

Padres




Hijos

Este subsistema está compuesto por los hijos. El rol que cada hijo desempeña y las expectativas que los padres ponen en cada hijo tiene mucho

que ver con la posición que cada hijo ocupa. Así, por ejemplo, al hijo pequeño se le presiona mucho menos en temas de responsabilidad que al hijo mayor.

- **Subsistema fraterno (Fratría)**

Relación Horizontal:


Hermano  Hermano

Se identifica con los hermanos. Es una especie de laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el nivel fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar y competir. La relación entre hermanos puede ser de la más variada según cada familia. Hay relaciones fraternas de intensa complicidad y otras de marcada indiferencia.

Por último, otro subsistema a tener en cuenta es el:

- **Subsistema Abuelos (Abuelidad)**

Relación vertical:

Abuelos

Nietos

La figura de los abuelos se conecta con los mitos de la familia y con reglas de carácter intergeneracional. En décadas anteriores los abuelos recibían el respeto, el cariño y la admiración de los hijos y nietos. En la familia actual, de tipo nuclear, los abuelos pasan a formar parte del núcleo familiar en los estadios más avanzados cuando, tal vez, no puede valerse por sí mismos y se ve más como una carga.

A causa de la orientación tecnocrática que está tomando nuestra sociedad, las relaciones interpersonales son cada vez más frías. Por eso, la figura del abuelo es uno de los elementos importantes a revitalizar en las familias.

Como dice Celia Zineman (1996), los abuelos pueden jugar dos papeles: uno directo hacia al nieto y otro indirecto, apoyando a sus hijos, en el papel de padres. En el primer caso, los abuelos tienen con sus nietos una segunda oportunidad. A veces un abuelo es más afectuoso con su nieto que lo fue con su propio hijo. El nieto compensa, en alguna medida, la pérdida del hijo con su marcha al casarse.⁵⁰

Para que un subsistema sea funcional es importante que cada miembro cumpla con la función propia del subsistema al que pertenece. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Si los límites son claros, el subsistema desempeña su función.

2.20.- TRASTORNOS AFECTIVOS

Perturbación del comportamiento, de la comunicación y de la adaptación que implica el control y la expresión de la afectividad tales como fobias, angustia, hiperemotividad.

- **Trastorno de Ansiedad:** Presenta frecuentes episodios de crisis de angustia con sensación de ahogo, sudorización, palpitaciones y miedo intenso. Se caracteriza por una reacción del organismo a nivel psicofisiológico, de forma transitoria, que en fases más o menos rápidas, se producen como una amenaza de su equilibrio habitual. Cuando hablamos de ansiedad se habla de un aquí y ahora, como forma de aparición. Hablamos de amenazas de su equilibrio habitual. Presenta síntomas de intensa ansiedad con nerviosismo, preocupación por pequeñas cosas, tensión y dificultad de

⁵⁰ Minuchin (1982)

concentración. Los síntomas aparecen repentinamente cefaleas, sudorización, taquicardia, sensación de ahogo, falta de aire, opresión torácica, temblores, sacudidas, miedos a morir o a volverse loco, escalofríos.

- **Fobia Específica:** Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- **Fobia Social:** Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuestas a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- **Trastorno obsesivo Compulsivo:** Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativa) y/o compulsivo (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad). Sus rasgos principales son el control, el orden de sí mismos y de los demás. Esta preocupación y necesidad de controlar se realiza a expensas de un desgaste de energía mental, que lleva a una falta de espontaneidad y flexibilidad mental y física.
- **Trastorno por Estrés post traumático:** Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Los síntomas persisten más de 1 mes.
- **Trastorno por Estrés agudo:** Se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés post traumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Aparece y resuelve en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.
- **Trastorno de Ansiedad Generalizada:** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación de carácter excesivo y

persistente durante al menos 6 meses. Tiene ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (con el rendimiento laboral o laboral), que se prolonga más de 6 meses, inquietud irritabilidad, impaciencia, tensión muscular, alteraciones del sueño.

2.21.- TRASTORNOS ASOCIADOS

- Sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieran la vida.
- Las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, dando lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo.
- Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (por ejemplo: peleas familiares, secuestros torturas, etc.)
 - Afectación del equilibrio afectivo
 - Comportamiento impulsivo y autodestructivo
 - Síntomas disociativos
 - Molestias somáticas
 - Sentimientos de inutilidad
 - Vergüenza
 - Desesperación o desesperanza
 - Sensación de perjuicio permanente
 - Pérdida de creencias anteriores
 - Hostilidad retraimiento social
 - Sensación de peligro constante
 - Deterioro de las relaciones con las demás y
 - Alteración de las características de personalidad previa.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias.

2.21.1.- Trastorno Del Sueño

- Insomnio, hipersomnias, narcolepsia (ataques de sueño reparador).
- Trastorno de sueño debido a mala respiración
- Trastorno del ritmo cardiaco(ritmo sueño-vigilia)
- Parasomnias (pesadillas o sueños angustiosos)
- Terrores nocturnos (se inician con un grito de angustia con despertar brusco con amnesia del episodio e incapacidad por dejarse tranquilizar por los otros)
- Sonambulismo.

2.21.2.- Trastorno De Depresión

Descenso de la autoestima, debido a la falta de sostén narcisista, es decir a la pérdida de algo o alguien ideal que sostiene el propio valor, y que provee de estima o aceptación.

En realidad se refiere a una disminución del estado de ánimo, que suele ser triste; y que puede acompañarse de pensamientos negativos, concomitantemente con un descenso de la actividad física y de la energía (enlentecimiento de los movimientos y de la comunicación).

Se produce una inhibición de los procesos psíquicos con dificultad para concentrarse y para recordar algunos sucesos recientes (fallas en la memoria “dolor moral”, que serian los pensamientos negativos, autorreferidos y anticipatorios. Este aspecto cognitivo va acompañado de una baja autoestima, y en algunos casos con autorreproche y sentimiento de culpa.

Para el pensador Bleichmar, la depresiones una articulación de estados afectivos e ideas interpretadas que llevan a esos temas de ruina, desvalorización o fracaso. Para él; todo parte de la representación que se hace el \$ sobre la imposibilidad de realizar un deseo suyo, de que algo anhelado y aspirado es posible de realizar, cuando se toma consciencia de que ese deseo no será alcanzado, se cae en ese pensamiento depresivo, con todas las formas que pueda tener la presión: culposa, por pérdida de objetos por valores no alcanzados, por sentimiento de inferioridad.

Para la psicología de orientación cognitiva, la depresión tiene en su base psicológica, la formación de tres autoconceptos que son productos de los esquemas y los errores cognitivos.

Estos tres autoconceptos son una visión negativa de uno mismo. La persona se ve a sí misma sin valor y sin posibilidades. Tiende a subestimarse y a realizar autocríticas también hace una interpretación negativa de todo lo que le sucede, como si encontrara obstáculos en todo lugar; y en tercer lugar, suele tener una visión negativa y fatalista de cualquier hecho del futuro. Para el depresivo los errores o fracasos son para siempre, o son irreversibles. Es decir que el depresivo tiene una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. La depresión suele ser episódica, pero en su punto álgido puede tener la complicación de la melancolía y el suicidio.

El melancólico se autorreprocha y llora, se queja del mismo y también pide ayuda, es como se estuviera separado, escindido por un lado se ataca y por otro pide ayuda por el dolor recibido, mediante el llanto y el lamento tratando de inspirar lástima. Por un lado pone la crítica hacia el objeto perdido en el mismo, y por otro lado se defiende de esa agresión mediante la autocrítica y los autorreproches.

2.21.3.- Trastornos Estrés post Traumáticos

Estado emocional que es la culminación de un proceso en el que se han acumulado tensiones o situaciones conflictivas, que sobrecargan la capacidad de adaptación de una persona. Estrés postraumáticos se denomina al estado heredado de una situación traumático, que puede ser un accidente y que ha dejado secuelas físicas y psíquicas.

Es un trastorno neuropsicológico, es una respuesta inadecuada, desmedida frente a un estresor.

Los criterios diagnósticos del estrés post traumático son:

- a. **Experimentación:** La persona padeció un hecho donde sintió que corrió peligro su vida.
- b. **Reexperimentación:** tiene recuerdos recurrentes del hecho: Imágenes, pensamientos, sueños, la persona actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento está ocurriendo.
 - Revivencia.
 - Memoria intrusiva.
 - Imagen del episodio.
 - Manifestaciones neurovegetativas.
 - Malestar psicológico – recuerda un aspecto del acontecimiento traumático.
 - Respuestas fisiológicas.
- c. **Evitación:** Miedos: no quiere salir de la casa.
- d. **Manifestaciones:**
 - Trastorno del sueño.
 - Irritabilidad.

- Hipervigilancia.
- Anestesia emocional.
- Falta de respuesta.

e. Duración: Trastornos somatomorfos, consistentes en grupos de trastornos que incluyen síntomas físicos (dolores, náuseas, disnea, etc) sin explicación médica satisfactoria. La sintomatología supera el correlato clínico. Interpretación patológica de síntomas o sensaciones físicas, que generan preocupaciones y temor a padecer una enfermedad grave o correr el riesgo de padecerla en el futuro.

Comprende

- Somatización
- Trastorno de conversión.
- Trastorno por dolor (agudo o crónico)
- Hipocondría.
- Trastorno dismórfico corporal.

Etiología:

- Menor umbral al dolor y menor tolerancia
- Modelo de comportamiento social.

Las situaciones estresantes tienen significados subjetivos sobre las personas. Los efectos de resistencia o adaptación dependen de los recursos de cada uno, de los antecedentes personales, de las motivaciones y metas. Las reacciones actúan en tres niveles: En el biológico, en el psicológico y en el social.

El estrés puede aparecer entonces por estados conflictivos de indecisión, por frustraciones de expectativas, por sometimiento a presiones para poder lograr metas (lo cual sería ya conflictivo). Todas estas condiciones significan una

fuerza, una aceleración de situaciones y movimientos en la conducta de una persona, que no es deseada.⁵¹

⁵¹ Núñez de Arco (2004), Crespo J.M. (2003)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1.- MÉTODO

Esta investigación utilizó el método Descriptivo debido a que intenta describir un fenómeno psico-social como lo es la función de Identidad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, a través de entrevistas semi estructuradas.

3.2.- DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Así mismo, es de tipo Cualitativa observó aspectos relevantes sobre los componentes que existían en las relaciones de pareja y como se vieron afectados dichos componentes por la distancia.

Además, es Cualitativa porque se trabaja con la experiencia personal de los participantes. Esta experiencia no puede ser cuantificada, pero si explorada desde el impacto que causa en quienes la viven.

Siguiendo con los tipos de investigación, el presente perfil de acuerdo al área de la psicología a la que pertenece es Psicosocial por dos aspectos: por un lado es psico porque intenta abordar la temática individual en quienes son parte del fenómeno en estudio, y por otro lado es social porque no solo nos ocupa en su aspecto individual sino también incluye la vivencia relacional de ahí que se dice que es social.

Así mismo es **Transversal**: porque se indaga el fenómeno en un momento histórico, y no se acompaña el desarrollo o el proceso. Por ende, es una investigación de la actualidad porque hablará sobre la relación de pareja.

Es **Transversal** porque se está realizando un corte en el espacio temporal sin hacer seguimiento de las posibles transformaciones del fenómeno.

Es conveniente tener varias fuentes de información y métodos para recolectar los datos.

En el proceso cualitativo debe tomarse en cuenta que los datos recolectados habrán de interpretarse, de este modo se reflejará el hecho de que los seres humanos, en sus interacciones con el mundo que lo rodea, esbozan sus recursos conceptuales y los utilizan para construir los significados de sus circunstancias y de su situación. Imaginemos que queremos entender el fenómeno de la función de Identidad en mujeres víctimas de violencia física en el ámbito familiar y nuestro esquema de estudio incluye:

- Observación durante la inmersión en el Centro de Salud Mental.
- Entrevistas con mujeres que la experimentan.
- Entrevistas con sus familiares.
- Observación inmediatamente posterior a la agresión en el Centro de salud mental.
- Algún grupo de enfoque con mujeres que la han experimentado.

De esta manera, el sentido de entendimiento de cómo se encuentra la función de identidad en mujeres víctimas de violencia física en el ámbito familiar será mayor que si únicamente llevamos a cabo entrevistas.

3.3.- TÉCNICAS

Las técnicas que se utilizarán para la presente investigación son:

3.3.1.- ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

Se utilizará esta técnica basada en preguntas semi estructuradas o ya que permitirán al entrevistado una respuesta más amplia del tema y el entrevistador puede hacer preguntas adicionales sobre el tema.

3.3.2.- INSTRUMENTOS DE EVALUACION PSICOLOGICA

Estos instrumentos nos permitirán corroborar y confirmar como se encuentra la función de identidad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar encontrados a lo largo de las entrevistas no estructuradas.

Escalas del FECI

Autoestima, auto imagen,

Validación

3.4.- UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de esta investigación son mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al centro de salud mental solicitando ayuda psicológica.

MUESTRA NO PROBABILISTICA

La muestra de la investigación son siete personas.

El tipo de muestreo es no Probabilística, por selección de criterios.

Los siguientes criterios son:

- 4 mujeres víctimas de violencia física que hayan solicitado ayuda en el Centro de Salud Mental.
- 3 mujeres no víctimas de violencia intrafamiliar pero en proceso de separación o divorcio
- Mujeres que hayan sufrido violencia física en algún momento de su relación conyugal.

3.5.- PROCEDIMIENTO O FASES DEL DESARROLLO

Fase I: Planificación

- Exploración de las temáticas

- Revisión bibliográfica

Fase II: Construcción del Marco Teórico

- Revisión de Bibliografía sobre el tema.
- Lectura exploratoria y comprensiva. Una vez seleccionado el material bibliográfico será necesario la lectura del contenido tanto para su conocimiento como para su comprensión.
- Redacción del Marco Teórico

Fase III: Diseño y adaptación de los instrumentos de relación o generación de datos

- Entrevista No-estructurada a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar
- Instrumentos De Evaluación Psicoforense, FECl.

Fase IV: Recolección de información

Fase V: Vaciado de datos y análisis de la información

- Sistematización de la información
- Redacción del informe final
- Conclusiones
- Limitaciones de la investigación
- Recomendaciones

Fase VI: Presentación de los resultados

- Defensa de la investigación

3.6.- CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE I PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN																				
Exploración de las temáticas																				
Revisión bibliográfica sobre el tema de estudio																				
Selección de sujetos de la muestra																				
FASE II CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO																				
Revisión de bibliografía sobre el tema								X	X											
Lectura exploratoria y comprensiva										X	X									
Redacción del marco teórico										X	X	X	X	X						
FASE III DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS																				
Entrevista no estructurada												X	X							
Instrumentos de evaluación psicoforense FECI																	X	X		
FASE IV RECOLECCIÓN DE INFORMACION													X	X	X	X	X	X		
Trabajo de campo															X	X	X			
FASE V VACIADO DE DATOS Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN																				
Sistematización de la Información															X	X				
Elaboración de conclusiones																X	X			
Elaboración de recomendaciones y limitaciones de la Investigación																	X	X	X	
Redacción del Informe Final																	X	X		
FASE VI PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS																				
Defensa de la Investigación																				X

Tania de Barros Gomes

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1.- INTRODUCCIÓN

Como se trabaja con un método cualitativo los datos recolectados se enmarcan en las cualidades del enfoque centrándose en vivencias, sentimientos y emociones de la persona que ha vivido violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal. La interpretación y análisis que se realizó a partir de diversas fuentes y métodos de recolección de datos como ser las entrevistas y algunas escalas del FECL.

La investigación al seguir una metodología del diseño narrativo permite que el análisis de los datos recolectados se basan en las experiencias personales de las víctimas de violencia la narración que ellas realizaron fueron organizadas en matrices de análisis para su interpretación.

Así mismo se han utilizado los siguientes criterios para poder interpretar y se han seleccionado algunas escalas del FECL que se consideraron importantes a la hora de poder dar cuenta de los resultados. Para tener una mejor comprensión de la experiencia de vida de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Las escalas del FECL que se utilizaron a fin de triangular los datos tanto de las entrevistas como de la ficha son: Escala de; Depresión, ansiedad, Neuroticismo, Psicosisismo, Extraversión, Autoestima, Autoimagen, Autoeficacia, e irracionalidad cognitiva.

Caso A

Datos Generales: 45 años, casada, tiene 3 hijos.

Motivo De Consulta: Ha venido al centro “CENTRO DE SALUD MENTAL”, por motivo de violencia física.

Antecedentes de violencia en la pareja: Anteriormente, después del haber venido a vivir lejos de su familia.

Vaciado de Matrices

FIGURA N° 3: Violencia Psicológica



Tania de Barros Gomes

En el vaciado de matrices se ha podido identificar dos tipos de formas de violencia Psicológica en la paciente, víctima de violencia intrafamiliar, el primer daño es a partir de amenazas que podemos identificar en dos sub tipos amenazas: de agresión física, en la cual puede existir presencia de estrés post traumático secundario a agresiones físicas anteriores, y las amenazas a la integridad moral de la mujer, donde a partir del relato podemos observar insultos a la feminidad, y pormenorizaciones al SELF de la paciente que hace su pareja

En la siguiente matriz se observa el daño psicológico.

FIGURA N° 4: Daño Psicológico



Tania de Barros Gomes

Los indicadores de daño psicológico que se han podido evidenciar en el análisis de matrices del caso A: son las siguientes psicopatizaciones, que hacen referencia al a la presencia del dolor emocional a partir de manifestaciones físicas como ser problemas gastrointestinales, como dolores de cabeza, es importante tomar en cuenta que estos dolores también pueden estar relacionados al estado depresivo, así mismo se observan manifestaciones de la paciente en relación a la función de identidad del SELF que hacen referencia a una autoestima baja y una afectación en la autoimagen y autoeficacia.

“C: En todo momento, me siento menos que mi pareja porque él me hace ver que soy inferior.”... “Mayormente me siento capaz de desarrollarme en el área laboral, pero en las demás áreas me siento incapaz, me siento una inútil, una fracasada.”

La depresión es una transversal que afecta de manera temporal o de formas permanentes en el caso de depresiones distímicas, tanto en el SELF de la paciente, como la presencia de sintomatología propia de la depresión como es el caso de sentimientos de culpa y sintomatología asociada como es el caso de las psicopatizaciones.

FIGURA N° 5: Escalas de FECI

Sintomatología Evaluada	Rango normativo medio	Rango Obtenido
Depresión	5-9	8
Ansiedad	5-7	8
Autoimagen	32-36	28
Neuroticismo	11-15	9
Psicosisismo	3-4	1
Extraversión	10-13	5
Escala de Irracionalidad cognitiva	39-44	40
Escala de Autoeficacia	18-20	20
Escala de Autoestima	33-39	34

Tania de Barros Gomes

ANALISIS DE ESCALAS POR CASO.

Para el análisis de los resultados de las escalas se va a realizar de la siguiente manera, primeramente se identificaran niveles tanto de posibles trastornos depresivos y de ansiedad. Seguidamente se analizaran las tres A; Autoestima, Autoeficacia y Autoimagen, y por último se analizara la escala de irracionalidad cognitiva.

Tabla 1. Escala FECI caso A

Escala	BAJO	MEDIO	ALTO
DEPRESION			X
ANSIEDAD			X
AUTOESTIMA	X		
AUTOIMAGEN		X	
AUTOEFICACIA		X	
NEUROTICISMO	X		
PSICOTICISMO	X		
EXTRAVERSION	X		
IRRACIONALIDAD COGNITIVA		X	

Tania de Barros Gomes

Caso B.

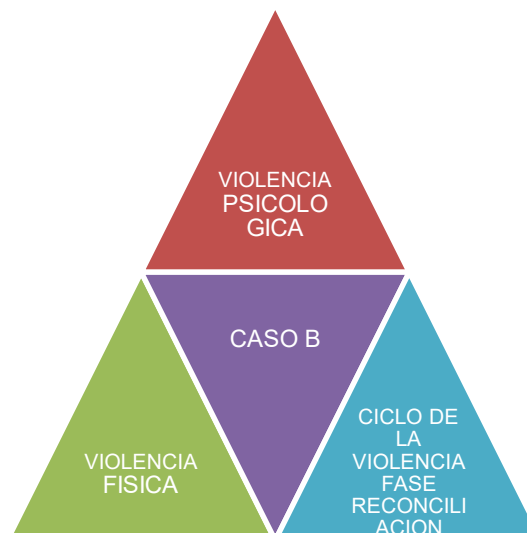
Datos Generales: 38 años, vive en concubinatos, tiene 3 hijos (1 hijo y 2 hijas)

Motivo De Consulta: Ha venido al centro "Centro de Salud mental", por motivo de violencia física.

Antecedentes de violencia en la pareja: Anteriormente, después del nacimiento del hijo, cuando estaba con 6 meses, su esposo empezó a maltratarla, primeramente era solo verbalmente y después físicamente.

Análisis de matrices

FIGURA N° 6: Violencia psicológica

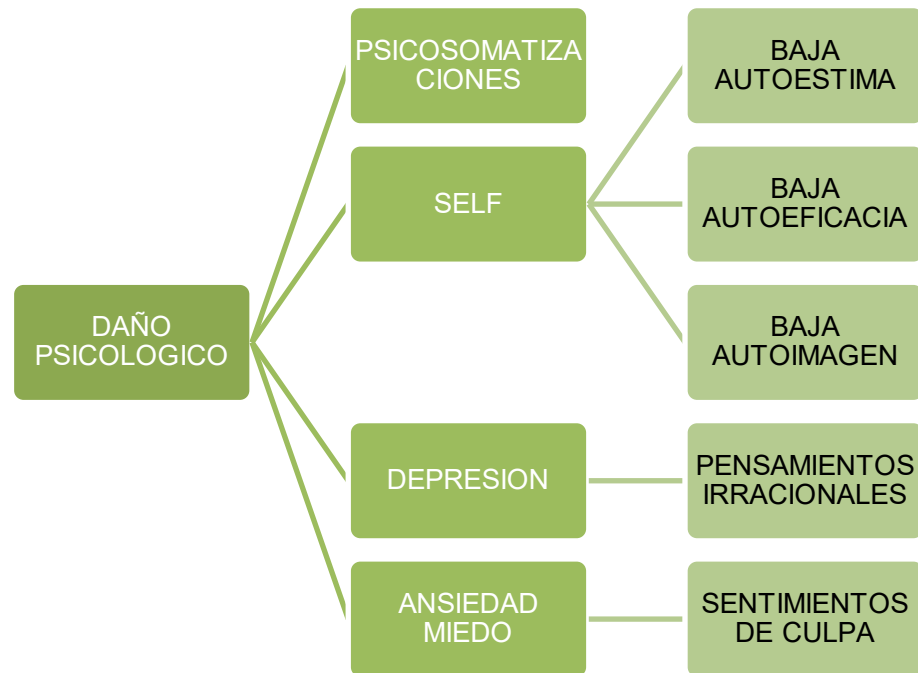


Tania de Barros Gomes

En el caso B la paciente hace referencia a vivir bajo violencia intrafamiliar de tipo psicológica y física, así mismo se puede identificar que las explosiones de violencia o crisis que se han suscitado en la relación conyugal se explican mucho mejor desde el ciclo de violencia que muestra un repetición constante de la circularidad de la violencia.

En lo que respecta a la violencia psicológica se ha identificado indicadores de daño emocional, como la presencia sintomatología depresiva.

FIGURA Nº 7: DAÑO EMOCIONAL CASO B



Tania de Barros Gomes

En el caso B se observan similares indicadores de daño emocional a nivel emocional, a nivel de la función de identidad SELF, las tres A (autoestima, autoimagen y autoeficacia), los pensamientos irracionales son frecuentes en estados alterados de ánimo, en especial en la depresión y ansiedad. Sin embargo estos pensamientos están estrechamente relacionados con las tres A de la función de identidad del SELF.

“Creo que con esta apariencia no voy a lograr a tener otra pareja, pienso que es por eso que me trata muy mal porque ya no soy atractiva como antes.”

Entonces los pensamientos irracionales comienzan a minar la autoimagen de la persona que vive la violencia psicológica, y comienza a afectar los valores mediante los cuales antes se autosignificaba.

En el caso B la vivencia de maltrato dado de más de siete años de convivencia, en las cuales según la paciente un año después durante el noviazgo ha comenzado los primeros indicadores de agresiones verbales.

Tabla 2. Análisis de la escala FECI

Sintomatología Evaluada	Rango normativo medio	Rango Obtenido
Depresión	5-9	11
Ansiedad	5-7	7
Autoimagen	32-36	24
Neuroticismo	11-15	18
Psicosisismo	3-4	1
Extraversión	10-13	1
Escala de Irracionalidad cognitiva	39-44	53
Escala de Autoeficacia	18-20	18
Escala de Autoestima	33-39	20

Tania de Barros Gomes

ANALISIS DE ESCALAS POR CASO.

Para el análisis de los resultados de las escalas se va a realizar de la siguiente manera, primeramente se identificaran niveles tanto de posibles trastornos depresivos y de ansiedad. Seguidamente se analizaran las tres A; Autoestima, Autoeficacia y Autoimagen, y por último se analizara la escala de irracionalidad cognitiva.

Tabla 3. Escala FECI caso B

Escala	BAJO	MEDIO	ALTO
DEPRESION			X
ANSIEDAD			X
AUTOESTIMA	X		
AUTOIMAGEN	X		
AUTOEFICACIA		X	
NEUROTISCISMO			X
PSICOTISISMO	X		
EXTRAVERSION	X		
IRRACIONALIDAD COGNITIVA			X

Tania de Barros Gomes

CASO C

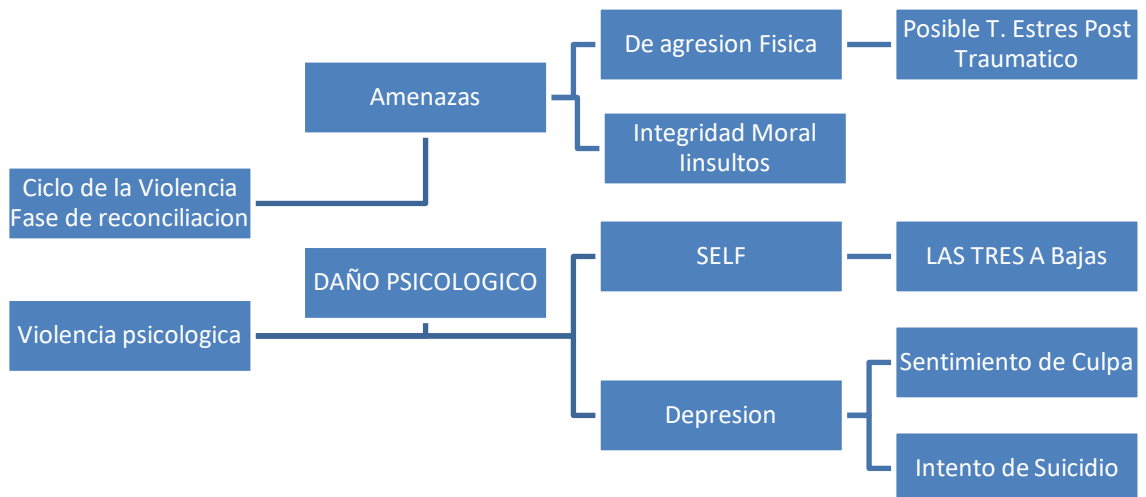
Datos Generales: 33 años, vive en concubinato, tiene 5 hijos (3 hijos y 2 hijas).

Motivo De Consulta: Ha venido al centro “Centro de Salud Mental”, por motivo de agresión familiar, por parte de su esposo.

Antecedentes de violencia en la pareja: Ha tenido violencia desde que se casaron, a partir del momento en que su esposo percibió que a ella no le gustaba la bebida.

Análisis de matrices Caso C

FIGURA N° 8: Daño Emocional Caso C



Tania de Barros Gomes

En el caso C, la particularidad de los indicadores encontrados en las matrices da cuenta de un mayor impacto de la violencia psicológica en el Self de la persona cuando esta se somete ante amenazas a través de insultos, la denigración y pormenorización de la mujer a través de insultos referentes como: “... **Es. Es verbal, últimamente verbal, sus celos, me amenaza de que, lo que más me duele es que me diga que soy una puta, que soy una**”

cualquiera, a esto me duele, le duele a mis hijos, que soy una madre, que no valgo, que no vale la pena.”

Estos son embates fuertes al Self, y que de alguna manera también afectan a la personalidad diádica.

Uno de los indicadores de seriedad del daño y desde luego de la afectación de las tres A de la función de identidad del Self es el intento de suicidio que relata la paciente.

“Así como me ve vestida (sencilla), es que yo soy puta, ni siquiera estoy bien vestida. Lo que yo le digo a el que yo merezco respeto. Aun así tu no me debería decir esto, cosas que yo no lo hago. Yo digo a él:” yo te respeto porque si no te respetaría, a veces estaría igual que vos o peor. Yo se que para ti no tengo valor pero para Dios yo me valoro porque antes mas no me valoraba. Antes tomaba cosas que no debería tomar, yo ya no quería vivir. Cuando yo tenía, parece tres hijos, yo estaba embarazada, me tomaba cosas que no debería tomar.

T: ¿Usted quería tomar algo para quitar su vida?

K: Si, porque vía que ya no tenía sentido mi vida. Unas tres veces intente contra mi vida, ¿Por qué sigo viviendo? Me siento tan sin valor, me siento fea, creo que por eso mira otras mujeres.”

Tabla 4. Escalas FECI

Sintomatología Evaluada	Rango normativo medio	Rango Obtenido
Depresión	5-9	10
Ansiedad	5-7	9
Autoimagen	32-36	28
Neuroticismo	11-15	14
Psicosisismo	3-4	5
Extraversión	10-13	13
Escala de Irracionalidad cognitiva	39-44	39
Escala de Autoeficacia	18-20	15
Escala de Autoestima	33-39	23

Tania de Barros Gomes

ANÁLISIS DE ESCALAS POR CASO.

Para el análisis de los resultados de las escalas se va a realizar de la siguiente manera, primeramente se identificaran niveles tanto de posibles trastornos depresivos y de ansiedad. Seguidamente se analizaran las tres A; Autoestima, Autoeficacia y Autoimagen, y por último se analizara la escala de irracionalidad cognitiva.

Tabla 5. Escala FECI caso C

Escala	BAJO	MEDIO	ALTO
DEPRESION			X
ANSIEDAD			X
AUTOESTIMA		X	
AUTOIMAGEN	X		
AUTOEFICACIA	X		
NEUROTISCISMO		X	
PSICOTISISMO		X	
EXTRAVERSION		X	
IRRACIONALIDAD COGNITIVA		X	

Tania de Barros Gomes

Caso D

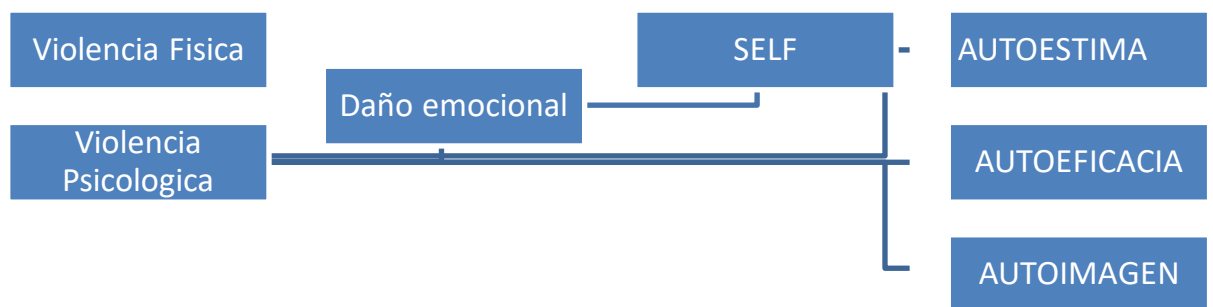
Análisis de Matrices

Datos Generales: 35 años, vive en concubinato, tiene 1hijo.

Motivo De Consulta: Ha venido al centro “Centro de Salud Mental”, por motivo de violencia psicológica.

Antecedentes de violencia en la pareja: su esposo empezó a maltratarla, primeramente era solo verbalmente y después físicamente.

FIGURA N° 9: Daño Emocional



Tania de Barros Gomes

En el caso D es posible observar durante la entrevista que las verbalizaciones que hace referencia a un daño emocional a nivel del Self específicamente en la función de identidad, las verbalizaciones como: **“En todo momento, me siento menos que mi pareja porque él me hace ver que soy inferior.”**

Estas verbalizaciones muestran como el Autoestima se encuentra afectada, la diada simétrica (Allende y Bagladi citados en Opazo, 1992) hacen referencia a la influencia que hace la pareja sobre el otro, cuando existe violencia

psicológica, se observa que la influencia de la pareja dominante es iatrogénica hacia la paciente D.

Tabla 6. Escalas FECI

Sintomatología Evaluada	Rango normativo medio	Rango Obtenido
Depresión	5-9	10
Ansiedad	5-7	8
Autoimagen	32-36	25
Neuroticismo	11-15	12
Psicosisismo	3-4	4
Extraversión	10-13	15
Escala de Irracionalidad cognitiva	39-44	51
Escala de Autoeficacia	18-20	15
Escala de Autoestima	33-39	23

Tania de Barros Gomes

Tabla 7. Escala FECI caso D

Escala	BAJO	MEDIO	ALTO
DEPRESION			X
ANSIEDAD			X
AUTOESTIMA	X		
AUTOIMAGEN	X		
AUTOEFICACIA	X		
NEUROTISCISMO		X	
PSICOTISISMO		X	
EXTRAVERSION		X	
IRRACIONALIDAD COGNITIVA			X

Tania de Barros Gomes

Analisis de Resultados Casos clínicos sin Violencia Intrafamiliar V.I.F

INTRODUCCION

Estos casos fueron referidos al Centro de Salud Mental por procesos de divorcio y separación por parte del juzgado primero de familia y enviados para realizar una evaluación psicológica a cada uno de los cónyuges. Sin embargo la característica de esta muestra es que el motivo o causas por las cuales se han separado no está relacionada a problemas de violencia intrafamiliar, si no a problemas relacionales e insatisfacción marital.

A continuación se relataran tres casos a los que se les fue aplicado el FECI.

CASO A.2

NAHERA

EDAD 28 AÑOS

PROBLEMÁTICA DE CONSULTA: SEPARACION CONYUGAL

TIPO DE VIOLENCIA: Según datos de la entrevistada no existió violencia física ni psicológica, por parte de su pareja si no infidelidad seguida de contagio de ITS por parte del cónyuge. .

RESULTADOS ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA FECI

La entrevista semi estructurada FECI cuenta con 17 escalas validadas que realizan un exhaustivo análisis del estado emocional del paciente y de la personalidad del mismo. Cada escala corresponde a una variable psicológica ya sea de rasgo de personalidad o del estado emocional.

Resultados cuantitativos de la Ficha FECI

RESULTADOS DE LA FICHA FECI			
Sintomatología Evaluada	Descripción	Rango normativo medio	Rango Obtenido

Depresión	Ausente, estado de ánimo estable	5-9	3
Ansiedad	Media, presenta un control de sus estímulos estresores tanto internos como externos. Presencia de ansiedad de rasgo.	5-7	7
Autoimagen	Presenta una percepción de si mismo media-alta, sin embargo esta requiere del reconocimiento del espacio interpersonal.	32-36	38
Neuroticismo	Bajo: muestra una alta tendencia a la introversión y timidez. No hay presencia de impulsividad o inestabilidad emocional.	11-15	5
Psicosisismo	medio, tendencia a seguir normas y reglas, buena adaptación a la realidad.	3-4	3
Extraversión	Baja: Tendencia a la extroversión reducida, persona más afín a espacios reducidos.	10-13	5
Deseabilidad social	Conformidad con las normas sociales y necesidad de aprobación del otro	8-10	14
Escala de Irracionalidad cognitiva	Nivel de irracionalidad cognitiva y rigidez perceptual Baja o estable, teniendo como	39-44	30

		característica a una persona controlada con un muy baja tendencia a la impulsividad		
Escala de Autoeficacia	de	Autopercepción de actividades del sí mismo adecuada	18-20	22
Escala de Autoestima	de	Alta / normal	33-39	41
Escala de Satisfacción de necesidades	de	Percentil Alto	10-35	39
Escala de alexitimia	de	Percentil Bajo. Una baja alexitimia permite al sujeto una capacidad para identificar sentimientos y malestar psíquico, capacidad de autoreflexion.	31-39	29
Escala de ansiedad Social	de	El contacto social y el control de la ansiedad en público es normal, sin embargo genera cierto grado activación	45-54	51
Escala de Tolerancia a la frustración	de	Percentil adecuado, alta capacidad tolerancia a la frustración	12-14	19
Escala de repertorio de conductas sociales	de	El sujeto presenta un repertorio variado y equilibrado de instrumentos para adaptación a la sociedad.	46-52	63

Escala de Satisfacción de la Pareja	Una baja satisfacción de pareja	37-45	17
Asertividad	Ausencia de capacidad para expresar lo que siente adecuadamente.	0-20	-23
Perfeccionismo	Rasgo bajo o ausente	50-57	42

Tania de Barros Gomes

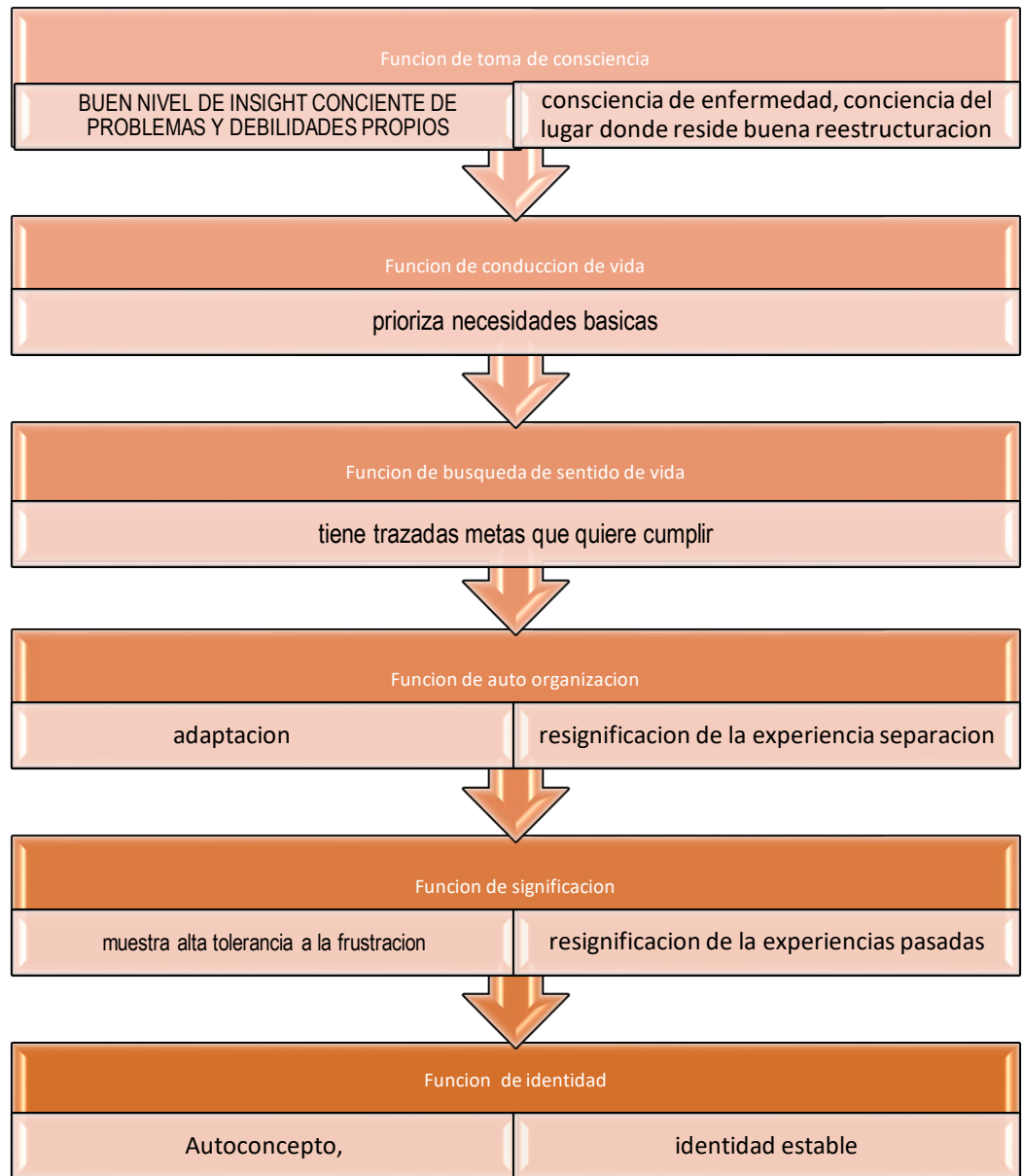
Análisis cualitativo de la entrevista estructurada FECI

La paciente Nahera tiene una tendencia a desarrollar ansiedad siendo esta un rasgo estable y permanente (ansiedad rasgo, es decir que la ansiedad es un factor propio de la personalidad de la paciente. El manejo de la ansiedad social es adaptativo y compensatorio debido al amplio repertorio de conductas sociales, una alta tolerancia a frustración y un neuroticismo y psicoticismo bajo que muestran un funcionamiento estructural de personalidad normal y positivo. No se observan indicadores de depresión.

El grado bajo de neuroticismo demuestra un nivel de introversión alta que puede acrecentar el rasgos de timidez, con evitación de situaciones desagradables. Este mismo parámetro muestra una baja impulsividad en sus acciones o conductas.

El nivel de psicoticismo medio muestra una buena adecuación a la realidad, teniendo de la paciente un buen manejo defensivo. Se descarta la presencia de alexitimia. A nivel del self o del YO, el peritado muestra una autoimagen, autoeficacia y autoestima estables e integrados.

ANALISIS SISTEMA SELF



Tania de Barros Gomes

Caso B.2

Mujer de 32 años

Problemática: Divorcio después de 10 años de matrimonio.

Dos hijos. No refiere Violencia Intrafamiliar

Ericka es una mujer de 32 años, casada con el señor X , ella es ama de a casa, no ha requerido trabajar debido a que el esposo cubria los gastos del hogar y mantención de dos hijos. El (marido) es ingeniero petrolero, lo que hace que se ausente por periodos largos, los conflictos matrimoniales comienzan cuando Ericka comienza a trabajar y a independizarse económicamente, comenzó a trabajar en una línea de HERBALIFE y fue creciendo en ese negocio, lo cual generó reclamos por parte de su esposo, los problemas fueron creciendo y decidieron separarse por las buenas, ella asiste a psicología del centro de salud mental más que todo para aliviar la carga emocional que observa en sus hijos, de tres y siete años. No hay referencia de violencia intrafamiliar.

Resultados cuantitativos de la Ficha FECI

RESULTADOS DE LA FICHA FECI			
Sintomatología Evaluada	Descripción	Rango normativo medio	Rango Obtenido
Depresión	Ausente, estado de ánimo estable	5-9	0
Ansiedad	Media, presenta un control de sus estímulos estresores tanto internos como externos. Presencia de ansiedad de rasgo.	5-7	2
Autoimagen	Presenta una percepción de si mismo media-alta, sin	32-36	33

	embargo esta requiere del reconocimiento del espacio interpersonal.		
Neuroticismo	Bajo: muestra una alta tendencia a la introversión y timidez. No hay presencia de impulsividad o inestabilidad emocional.	11-15	10
Psicosisismo	medio, tendencia a seguir normas y reglas, buena adaptación a la realidad.	3-4	1
Extraversión	Baja: Tendencia a la extroversión reducida, persona más afín a espacios reducidos.	10-13	17
Deseabilidad social	Conformidad con las normas sociales y necesidad de aprobación del otro	8-10	17
Escala de Irracionalidad cognitiva	Nivel de irracionalidad cognitiva y rigidez perceptual Baja o estable, teniendo como característica a una persona controlada con un muy baja tendencia a la impulsividad	39-44	36
Escala de Autoeficacia	Autopercepción de actividades del sí mismo adecuada	18-20	20
Escala de Autoestima	Alta / normal	33-39	41

Escala de Satisfacción de necesidades	de Percentil Alto		10-35	38
Escala alexitimia	de Percentil Bajo.	Una baja alexitimia permite al sujeto una capacidad para identificar sentimientos y malestar psíquico, capacidad de autoreflexion.	31-39	24
Escala ansiedad Social	de El contacto social y el control de la ansiedad en público es normal, sin embargo genera cierto grado activación		45-54	51
Escala Tolerancia a la frustración	de Percentil adecuado, alta capacidad tolerancia a la frustración		12-14	20
Escala repertorio de conductas sociales	de El sujeto presenta un repertorio variado y equilibrado de instrumentos para adaptación a la sociedad.		46-52	60
Escala Satisfacción de la Pareja	de Una baja satisfacción de pareja		37-45	30
Asertividad	Buena de capacidad para expresar lo que siente adecuadamente.		0-20	22
Perfeccionismo	Rasgo Medio		50-57	51

Tania de Barros Gomes

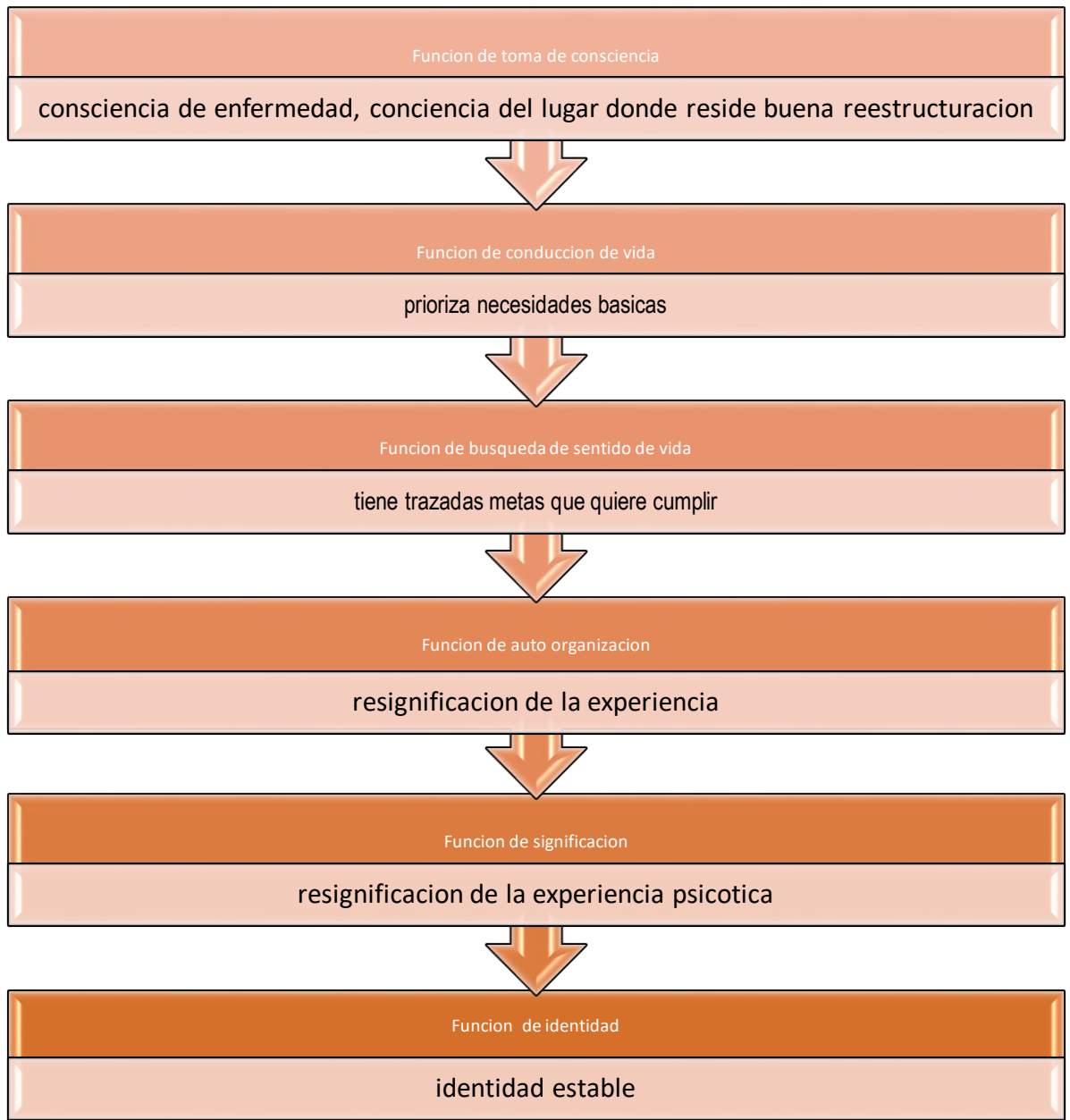
Análisis cualitativo de la entrevista estructurada FECI

La paciente desarrolla un manejo de la ansiedad social adaptativo y compensatorio debido al amplio repertorio de conductas sociales, una alta tolerancia a frustración y un neuroticismo y psicoticismo bajo que muestran un funcionamiento estructural de personalidad normal y positivo. No se observan indicadores de depresión. .

El grado bajo de neuroticismo muestra un parámetro de estable. Tanto ansiedad rasgo como ansiedad estado se encuentran estables.

El nivel de psicoticismo bajo muestra una buena adecuación a la realidad y un buen manejo de las emociones. Se descarta la presencia de alexitimia. Las A nivel del self o del YO, la paciente muestra una autoimagen, autoeficacia y autoestima estables e integrados.

ANALISIS SISTEMA SELF



Tania de Barros Gomes

CASO C.2

MILENA

23 años

Ana milena es una mujer joven que se encuentra en periodo separación, sin embargo ella es quien es denunciada por agresiones físicas al marido, el marido ha solicitado la separación y divorcio Milena es impulsiva y en varias ocasiones como ella reconoce ha dado tunda (golpeado varias veces al marido, por supuestas infidelidades), además refiere que en una ocasión ella lo empuja escaleras abajo. Ana Milena ha tenido historial con problemas de 1008 (Ley contra las drogas y estupefacientes) indica que estuvo una vez encarcelada por tenencia de más de 50 gr. de cocaína, ella sale libre luego de 6 meses y continua sus estudios universitarios, lugar donde conoce a su actual marido.

Lleva casada un año y dos meses, sin embargo la relación con el marido se ha tornado conflictiva, él ha solicitado el divorcio y están separados ya seis meses.

Resultados DE DATOS FICHA FECI

Tabla ficha FECI		
Sintomatología Evaluada	Rango medio	Rango Obtenido
Depresión	5-9	6
Ansiedad	5-7	4
Autoimagen	32-36	39
Neuroticismo	11-15	19
Extroversión	10-13	7
Psicoticismo	3-4	7
Mentira /deseabilidad	8-10	9
Escala de Irracionalidad cognitiva	39-44	37
Escala de Autoeficacia	18-20	22
Escala de Autoestima	33-39	35
Escala de alexitimia	31-39	27
Escala de tolerancia a la frustración	12-14	5

Escala de repertorio de conductas sociales	46-52	48
-Escala de asertividad	0-20	-5

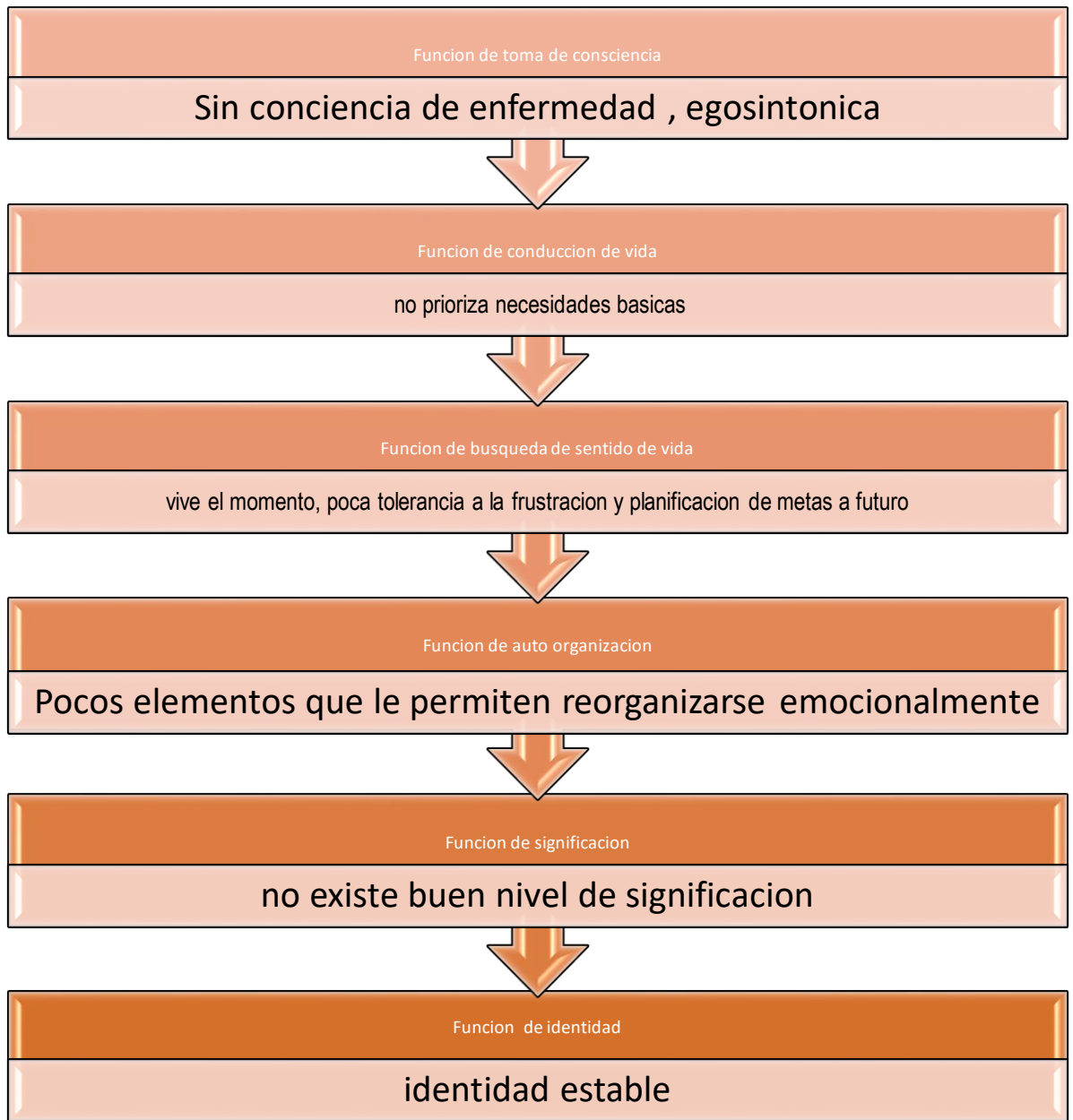
Tabla 1.1 Tania de Barros Gomes

Análisis del caso FECI

Según entrevista y resultados de FECI

La paciente Ana Milena si bien se encuentra en un proceso de divorcio y ha existido violencia al interior de la Pareja, la violencia es invertida debido a que ella es quien ha generado la violencia y de alguna manera esto ha sido causado por factores ajenos a la situación como tal.

A nivel de personalidad se observa en el EPQ aplicado al interior de la entrevista la presencia de rasgos altos de psicosis, que muestra falta de empatía hacia los demás, y una extroversión reducida. Ello muestra una personalidad inestable, posiblemente impulsiva y con pocas herramientas internas de modulación y autoorganización emocional. Además de una agresividad desmedida. Muy posiblemente muestra indicadores de personalidad limítrofe con rasgos antisociales desestabilizados, tanto por el historial de vida y poca empatía hacia los demás, el consumo eventual de drogas y alcohol.



Tania de Barros Gomes

Análisis por matrices

Análisis en este caso que existen identificadas dos tipos de violencia intrafamiliar, la primera; hace referencia a la violencia psicológica consta de varias categorías que han sido identificadas a lo largo de las entrevistas: humillación donde ella es desvalorizada tanto por su esposo como también por su familia política, generando en ella un estado de imposibilidad de tomar decisiones y tomar iniciativas de hacer las cosas porque se ve en ella un estado de sumisión. La humillación hace con que la víctima se sienta que no tiene valor como a los demás.

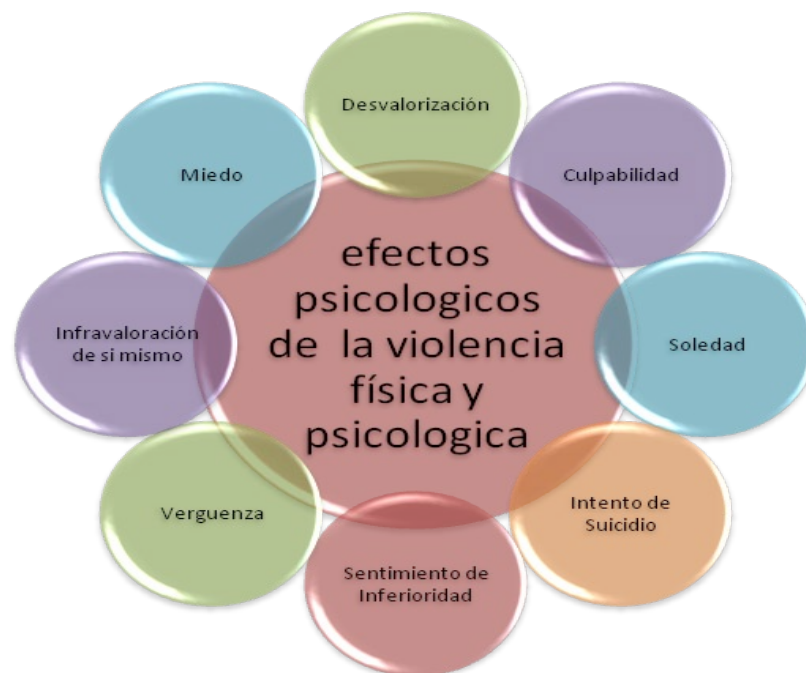
La humillación y la desvalorización que siente una persona es saber que no vales como los demás, que eres demasiado poco y que debido a esta carencia, la hace pensar que es merecedora de un trato denigrante que la hace rebajar, se sentir inferior a los demás, la inhabilita de hacer las cosas con seguridad. El humillado experimenta de un modo u otro la amargura de su condición, sometiéndose a la sumisión.

Los celos que sufre la víctima esta en base a la reacciones emocionales negativas del agresor, debido a los maltratos que hace a su esposa, en el cual la víctima reclama que ya no puede soportar esta situación, donde muchas veces él, la pone en prisión domiciliar con el temor de que lo denuncie cuando la agrede físicamente.

El perfil psicológico de la persona que siente celos se relaciona con la baja autoestima y la inseguridad. Estas personas, además de tener reacciones emocionales negativas, tienen necesidades de estimación y demanda continua de aprobación. La persona celosa reclama un sacrificio, desea ser amado incondicionalmente, siendo incapaz de sacrificarse, puesto que suele ser demasiado egoísta y desconfiado. Por estas necesidades de estimación, suelen demandar constante aprobación.

Cualquier cambio en el contexto de la pareja puede llegar a ser motivo para una reacción de celos en personas. Aparecen pensamientos de engaño y se atiende selectivamente a señales de alerta, creando de esta manera un rival imaginario inexistente. Al no poder controlar estos sentimientos la persona se torna cada vez más insegura e hipervigilante, generando, como consecuencia, un total estado de celos, etc., redundará en un placer y disfrute por parte de su Amo. Cuánto más sumisa, más te complacerá y te dará. Esto es una tarea que requiere tiempo y mucha paciencia, pero los frutos obtenidos serán sólidos y placenteros para los dos.

FIGURA N° 10: EFECTOS DE LA VIOLENCIA PSICOLOGICA



Tania de Barros Gomes

El análisis de los Efectos psicológicos de la Violencia física y psicológica se puede ver un sentimiento de desvalorización y sentimiento de inferioridad debido a que la víctima es denigrada en el ámbito conyugal, proyectando en ella un sentimiento de ser menos, en el cual es desvalorizada, con una necesidad de demostrar su valor pero se ve impotente porque sufre presiones tanto de su esposo como también de su familia política.

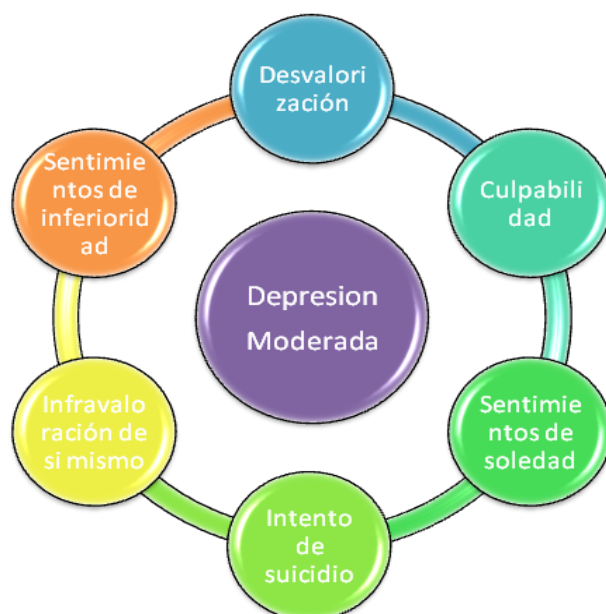
El sentimiento de soledad está relacionado con el aislamiento, la noción de no formar parte de algo, la idea de no estar incluido en ningún proyecto y entender que a nadie le importamos lo suficiente como para pertenecer a su mundo.

En base a ese sentimiento mencionado, la víctima ha tenido intentos de suicidio donde veía que ya no tenía sentido su vida, que no sabía cómo solucionar sus problemas en el cual vio que la única solución era no pertenecer más a ese mundo, no querer más soportar vivir esa situación.

El suicidio viene acompañado de depresión o ansiedad, producidos por la violencia que la víctima sufre donde se ve imposibilitada de salir de esta situación.

El miedo hace con que la persona no tome iniciativas de salir de la situación o a tomar decisiones, generando en la víctima impotencia, donde se queda paralizada, sin poder buscar solución.

FIGURA Nº 11: EFECTOS DE LA VIOLENCIA PSICOLOGICA Y FISICA



Tania de Barros Gomes

El análisis del caso se puede ver que ella ha vivido experiencias de Violencia Física y violencia Psicológica, dado como Efectos Psicológicos culpabilidad, soledad, intento de suicidio, sentimientos de inferioridad, vergüenza, infravaloración de sí mismo, miedo, desvalorización. Y ha producido en ella una Depresión Moderada, generando un estado de desvaloración, culpabilidad, sentimientos de soledad, intento de suicidio, infravaloración de sí mismo, sentimientos de inferioridad donde la víctima se ve imposibilitada en tomar decisiones por miedo que su esposo la arremete físicamente y psicológicamente transmitiendo sentimientos de soledad, sentimientos de inferioridad en el cual ella se siente desvalorizada.

A partir del análisis de las entrevistas se ha podido recuperar las siguiente información organizada en matrices que nos permiten hacer un análisis de la función de identidad del SELF del modelo integrativo supraparadigmatico

La siguiente tabla muestra los elementos de análisis que se tomaron en cuenta a la hora de investigar la función de identidad, así mismo se ha tomado en cuenta otros factores o elementos que se consideraron importantes a la hora de este análisis.

Tabla 8. Elementos SELF

Elementos del SELF
AUTOESTIMA
AUTOEFICACIA
AUTOCONCEPTO
NEUROTISISMO
EXTROVERSION
IDEAS IRRACIONALES
ANSIEDAD
DEPRESION

Tania de Barros Gomes

Para describir el primer objetivo específico planteado se ha realizado la siguiente relación de matrices.

Tabla 9 Autoestima

AUTOESTIMA
DEPRESION
SENTIMIENTOS DE CULPA
IDEAS IRRACIONALES

Tania de Barros Gomes

En las pacientes entrevistadas estos elementos son frecuentes a la hora de la entrevistas a sí mismo como en las respuestas del FECI. El estado afectivo depresivo influye de sobre manera en la percepción de sí misma que tiene cada una de las víctimas. En dos de los cuatro casos investigados fue posible observar que existían indicadores de estados depresivos permanentes, es decir distimia debido a que en el relato se observan como frecuentes y estables algunos síntomas depresivos a lo largo de varios años de convivencia, este estado depresivo distímico puede alterar la percepción del sí mismo en la paciente.

Entre los datos recolectados del FECI se observa que todas las pacientes entrevistadas y evaluadas muestran puntajes altos de ideas irracionales. Este elemento está relacionado con los sentimientos de culpa, que son ideas irracionales provenientes de la depresión, en el maltrato de la mujer.

Tabla 10 Autoeficacia y autoimagen

Autoeficacia y Auto imagen
Depresión
Ansiedad
Ideas irracionales

Tania de Barros Gomes

Según Beck en la triada cognitiva funcionan tres etapas, que se van afectando a medida que la depresión va volviéndose crónica. Es posible observar que cuando la depresión aumenta, las ideas irracionales también. Las ideas irracionales van afectando también las variables de autoconcepto y autoeficacia en las mujeres víctimas de violencia conyugal, como podemos observar en la entrevista del caso II la paciente hace la siguiente referencia

T: ¿Estas satisfecha consigo misma?

C: No, quisiera ser la misma de muchos años atrás, delgada, atractiva y elegante, mejor esposa.

T: ¿Te aceptas cómo eres?

S: En la verdad, no.”

La vivencia del maltrato físico y psicológico muestran un rechazo a la imagen actual, el ideal del Yo esta distante del yo real, creando así una dicotomía que genera mayor incongruencia entre el aspecto externo físico y estado emocional actual del que anteriormente tuvo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5.1.- CONCLUSIÓN

A continuación se detallarán las conclusiones de la investigación, las cuales estarán descritas a partir de los objetivos planteados.

Para tal efecto se procederá a realizar en primera instancia el análisis de los objetivos específicos, dentro de los cuales se podrán observar cada uno de los efectos psicológicos manifestados por la muestra, en los resultados emergentes de los instrumentos de recolección de datos, para así dar paso al análisis del objetivo general. Posteriormente se realizara una teorización a partir de todos elementos encontrados en esta investigación.

Primer Objetivo “Analizar la Autoestima en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal y mujeres no víctimas de violencia Intrafamiliar.”

Una variable común que fue identificada en los cuatro casos observados, es que la autoestima es uno de los componentes que se ve afectado de manera negativa en mujeres ante la violencia conyugal de tipo psicológico. Secundariamente este componente de la función de identidad se va a ver afectada por la relación diádica, que en el caso de parejas donde existe violencia de género la relación no es simétrica, si no complementaria, la relación de poder, en la cual el varón influye a través del modeling en la otra persona (víctima mujer).

La autoestima baja es un indicador en la depresión según la América Psiquiatric Association A.P.A. a través del Manual de diagnóstico estadístico de

enfermedades mentales DSM IV_R, y que de ser permanente esto puede generar una vulnerabilidad psicológica hacia la depresión.

Objetivo Segundo “Analizar la Autoimagen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal y mujeres no víctimas de violencia Intrafamiliar”.

Este componente es un factor común en los casos investigados debido a que los cuatro casos investigados presentan como un patrón común la baja autoimagen, es importante tomar en cuenta en la relación diádica la pareja se va forjando una manera ideosincrática de ser a lo largo de la relación: “personalidad de la relación” “rasgo de personalidad diádica” donde la pareja ayuda a autoregular la autoimagen de la mujer, sin embargo en estos casos de violencia conyugal, la relación diádica se vuelve negativa para la autorregulación de la autoimagen en la mujer, esta se destruye a partir de la violencia psicológica, insultos pormenorizaciones, etc.

Objetivo tercero “Analizar la Autoeficacia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal y mujeres no víctimas de violencia Intrafamiliar.

A diferencia de los dos anteriores componentes de la función de identidad se ha podido observar que este factor no se ve tan alterado en todos los casos, una de las razones posibles es que en la mayoría de los casos analizados las mujeres que viven violencia desempeñan funciones laborales fuera de la casa, es decir comparten otros espacios de retroalimentación fuera del hogar, lo cual puede ayudar a amortizar de alguna manera el impacto negativo del daño psicológico.

Los diversos roles que ejecuta la mujer a lo largo del día no quedan superditados solamente al rol de compañera conyugal, si no al de madre, hijas, hermanas y trabajadoras.

Objetivo General

“Describir la función de Identidad del Self, en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el ámbito conyugal desde el E.I.S”.

En general la función de identidad del Self en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presenta las siguientes particularidades.

- El Self es una unidad integradora donde la función de identidad se ve afectada por el daño emocional que causa la violencia psicológica.
- El daño emocional puede ser objetivado a partir de la evaluación de la función de identidad, que muestra cómo y de qué manera la violencia impacta en el SELF de la persona que es víctima.
- Es el componente de la autoimagen el que más se ve afectado por la violencia psicológica y daño emocional que genera el agresor. Desde la perspectiva integrativa podemos dar una interpretación teórica desde el concepto de la relación diádica, a través de la cual se crea la personalidad diádica, esta personalidad puede ser muy nutricia en relaciones adaptativas, sin embargo en relaciones violentas va a impactar de sobre manera en la autoimagen de la pareja que sufre violencia, a través de las desvalorizaciones tanto verbales, como no verbales (violencia física, sexual). La falta de reconocimiento de la imagen del otro (abandono) y la devaluación del Yo de la cónyuge, aumentan la probabilidad de afectar este componente de la función de identidad.
- A nivel autoestima este componente está relacionado también con los estados anímicos y ansiógenos que han desarrollado las mujeres víctimas que han prestado sus historias. La presencia permanente y evidente de sintomatología depresiva y ansiogena irrumpe en el SELF.

- El análisis de la función de identidad del Self es fundamental para el visibilizar el impacto de la violencia intrafamiliar y puede ser utilizada como un indicador clínico y forense para poder objetivizar la magnitud del maltrato.
- La variable Personalidad y/o vulnerabilidad biológica y psicológica propuesta por el FECCI “NEUROTICISMO, PSICOTISISMO Y EXTRAVERSION” puede ayudar a modular el impacto del maltrato en la persona o así mismo volverlo más caótico, cuando observamos un mayor neuroticismo, hablamos de un menor manejo de las emociones, y mal manejo de la ansiedad. La ansiedad es un cuadro frecuente en la vivencia de maltrato conyugal.

Sin embargo se considera que este punto de vulnerabilidad biológica y psicológica se deberá analizar en posteriores investigaciones mas específicas y en profundidad que se puedan realizar a futuro.

- Las mujeres víctimas de violencia conyugal presenta las secuelas que el daño psicológico en el autoestima, autoeficacia y autoconcepto, esto se puede observar en la constante infravaloración del yo (baja autoestima) a través de insultos humillaciones amenazas que generan en la victima una mayor predisposición a depresión. Llegando a generar en algunos casos al intento de suicidio, en la cual la variable “violencia” ha incidido en la psicoafectividad de la víctima llegando a un estado grave de depresión.

5.1.1.- Alcances y Limitaciones

Alcances

Esta investigación se tomó en cuenta el estudio y análisis de la información referente a la función de Identidad, que deja la violencia física en el ámbito conyugal, tomando en consideración aquellos elementos que aporten

criterios con los cuales se pudo realizar la investigación, en el cual sirvió de mucha importancia para mí debido que con la misma se pudo obtener muchos conocimientos sobre la función de Identidad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y también más conocimientos en cómo trabajar con parejas que sufren conflictos conyugales.

La utilización de la Ficha de Entrevista Clínica Integrativa FECl ayudó a identificar elementos afectivos, la función de identidad que se ven afectados ante la vivencia de violencia conyugal. Así mismo es un referente objetivo para poder diseñar intervenciones clínicas en el ámbito.

Es importante tomar en cuenta las siguientes variables de evaluación que toma el FECl:

1. SINTOMAS DE DEPRESION
2. SINTOMAS DE ANSIEDAD
3. AUTOESTIMA
4. AUTOCONCEPTO
5. AUTOEFICACIA
6. NEUROTISISMO
7. PSICOTISISMO
8. EXTRAVERSION
9. IDEAS IRRACIONALES.

Limitaciones

La principal limitante para realizar ésta investigación es el débil acceso a las pacientes víctimas de violencia intrafamiliar en el cual he tenido dificultad en acatar los horarios, tiempos de la institución donde esta investigación fue realizada. Infraestructura legal que posee nuestro país con respecto a la identificación y ataque a éste tipo de Delitos, no obstante se poseen los criterios

suficientes sobre la base de la experiencia de otras naciones para el adecuado análisis e interpretación de éste tipo de actos delictivos.

BIBLIOGRAFIA

- Arnez .O, “**Violencia intrafamiliar / concepto legal**” Editorial Virgo 1° Edición La Paz – Bolivia 1998.
- Arnez. O, “**Tipos de violencia intrafamiliar**” Editorial Virgo 1° Edición La Paz – Bolivia 1998.
- Arnez. O, “**Causas de la violencia familiar**” Editorial Virgo 1° Edición La Paz – Bolivia 1998.
- Alvarado. V, “**Medicina Legal**” Editorial Trillas 2° Edición México – DF.1999.
- Baeza M., B. (2005). **aportes de los paradigmas del modelo integrativo supraparadigmatico y el sistema self al trastorno clínico disocial**. En J. Sanhueza R., R. Opazo, & V. Bagladi, Aportes a la psicología clínica Volumen I (págs. 14-15). Santiago: Universidad Adolfo Ibáñez.
- Bagladi Letelier, V. (2000). **Una aproximación al bienestar humano**. Actualizaciones en psicoterapia integrativa Volumen I, 20 a 58.
- Bagladi Lettier, V. (2010). **Investigación en el enfoque integrativo supraparadigmatico**. Actualizaciones en psicoterapia integrativa Volumen II, 142-177.
- Brofembrenner, Urie, “**La ecología del desarrollo humano**”. Experimento de entornos naturales y diseñados, Editorial “La Roca” 1era. Edición, Paidos – Buenos Aires 1987.

- Céspedes. R, “**Psicología Forense**” Editorial Universidad Estatal a Distancia 1ª Edición Costa Rica 2002
- Chirinos, F, “**Estudio de violencia Intrafamiliar**”. Copilado “La víctima” Núñez de Arco Editorial Mava Santa Cruz – Bolivia 2004
- Coolican.H, Traducido por Cardenas S. “**Métodos de investigación y estadísticas en Psicología**” Editorial el Manual moderno, S.A. de C.V. México DF. 1990.
- Corsi. J., “**La violencia en la familia**” Editorial Paidós SAICF 1º Edición Buenos Aires. Barcelona. México 1997.
- Corsi. J. “**El Modelo Ecológico**”. Editorial Paidós SAICF 1º Edición Buenos Aires. Barcelona. México 1997.
- Corsi. J, “**Violencia Masculina en la pareja**” Editorial Paidos SAICF 1º Edición Buenos Aires Barcelona México 1987.
- Corsi. J. “**Desequilibrio de Poder**”. Editorial Paidos SAICF 1º Edición Buenos Aires Barcelona México 1987.
- Corsi. J, “**Dinámica de la violencia intrafamiliar**” Editorial Paidos SAICF 1º Edición Argentina 1995.
- Coopersmith, S. (1967). **The antecedents of self-esteem**. San Francisco, CA.: Freeman.
- Crespo. J. M. “**Psicopatología de la Afectividad**” Editorial Masson, 5ta. Edición, Barcelona 2003.
- De Barros Gomes T.R. “**Autoras de Cuadros o Gráficos**”.

- Dohmen. L.M, **“Abordaje del síndrome de la mujer maltratada”** Editorial Paidós SAICF. 1 Edición 1994.

- Ferreira. G, (1994). **“La Mujer Maltratada”** Editorial Sudamericana S.A. Buenos Aires – Argentina.

- Ferreira, A. (2003) **“Sistema de interacción familiar asociada a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución”** Tesis doctoral en psicología. Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología Unidad de Postgrado. Lima Perú.

- Minuchin, **“El Sistema Familiar”**, Editorial Kine, Barcelona 1982.

- Navarrete O., M. C. (2005). **Función de significación del self en pacientes mujeres con trastorno bipolar tipo II en fase depresiva.** En J. Sanhueza R, R.

- Opazo, & V. Bagladi, **Aportes a la psicología clínica.** Volumen I (págs. 63-66). Santiago: Universidad Adolfo Ibáñez.

- Opazo Castro, R. (2001). **Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica.** Santiago Chile: ICPSI.

- Opazo Castro, R., & Bagladi Letelier, V. (Marzo de 2006). **La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia.** Obtenido de Artículo Publicado en Revista Psiquiatria.com:
[http_www.psiquiatria.com_revistas_index.pdf](http://www.psiquiatria.com_revistas_index.pdf)-AdobeReader

- Neuman. Elías **“Tipología de las Víctimas”**, Editorial Universidad, Buenos Aires-1984.

- Núñez de Arco. J, “**Característica de la violencia familiar**” Editorial Mava Sucre – Bolivia 1994.
- Núñez de Arco. J, “**Tipos de violencia**” Editorial Mava Sucre – Bolivia 1994.
- Núñez de Arco. J, “**Ciclo de violencia intrafamiliar**” Editorial Mava Sucre – Bolivia 2004.
- Núñez de Arco. J. “**Trastornos Afectivos**”, Editorial Mava, Sucre – Bolivia 2004
- Salkind N.J Traducido por Escalona R. “**Métodos de investigación**” Editorial Prentice Hall 3° Edición México 1999.
- Sampieri R. H. “**Métodos de la Investigación**”, Editorial Interamericana McGraw Hill, 4ta. Edición, México D.F. 2006
- Telarico X. “**Pericia Psicológica**” Editorial Navarro – Buenos Aires, 2002.
- Urzagasti. O. “**Psicología Jurídica Y Forense Aplicada a la evaluación de el Daño Psicológico en víctimas de violencia intrafamiliar**”. Editorial. Asociación Científica de Psicólogos Forenses de Bolivia. La Paz - Bolivia, (2006).
- Maslow. Abraham, “**Satisfacción de necesidades**”
- (Phillipp Lersch 1962) “**Vivencias Pulsionales**”, Opazo. (2001)
- Illanes. C y Tirado, J.E. (2002) “**Autoimagen o autoconcepto está dentro del Self cognitivo**”.

- Corsi, F. en Echeverría, “**Hombres agresores: La otra cara de la violencia Intrafamiliar**”. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa AcPi volumen 1, (1999).
- Kersti y/o y Murria A. Strauss (en Ferrer y Bosch) “**Creencias y las actitudes de los maltratadores**”, actualizaciones en Psicot. Integrativa AcPi, (2004)
- Corsi, “Ideología Patriarcal en la relación de Pareja Tradicional”, (1995)
- Millet (en Ferrer y Bosch), “**El Desarrollo de programas de intervención con hombres que ejercen violencia**”, actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, (2004)
- Heise (En Ferrer y Bosch), “**Propone modelo ecológico de Integración en la génesis de las conductas violentas que operan y combinan los efectos de los factores que actúan en el marco sociocultural y del medio económico y social, factores que actúan en el marco comunitario, instituciones y estructuras sociales formales e informales, en factores que actúan en el marco familiar y a nivel individual**”, (2004)
- Corsi, J. En Echeverría, (1999) “**Tratamiento o rehabilitación de los agresores, AcPi**”, actualizaciones en Psicoterapia integrativa, Volumen II, (2010)

Páginas Web:

- http://www.Saber.ula.ve/bitstream/123456789/22792/1/articulo_1_7.pdf
- Lopez A. L, "dimensión motivacional en mujeres víctimas de la violencia". Cienfuegos – cuba 2004.
- www.cibernetia.com/tesis_es/psicologia/personalidad/estructura_y_dinamica_de_la_personalidad/.
- [http://www.ucb.edu.bo/publicaicones/Ajayu/volumen%201.1/articulos_violencia conyugal trastornos personalidad](http://www.ucb.edu.bo/publicaicones/Ajayu/volumen%201.1/articulos_violencia_conyugal_trastornos_personalidad).
- Watzlawick, "Relaciones Complementarias y Simétricas"
- www.kine.org1981

ANEXOS

Entrevista

- 1) Motivo de consulta:
- 2) Especifique el tipo de violencia
- 3) ¿Qué tipo de amenaza recibió? ¿Desde cuándo empezó la violencia, desde cuando se casaron o desde cuando eran novios? ¿Cuándo ha sido el último episodio?
- 4) ¿Cuánto tiempo de convivencia? ¿cuánto tiempo están juntos?
- 5) ¿Qué te hizo tomar la decisión de denunciar o buscar ayuda? ¿Voluntad propia o sugerencia de alguien?

- 6) ¿Cuándo hizo la denuncia, recién?
- 7) ¿tiene hijos? Y a los chicos no le pegan?
- 8) Antes, usted necesito atención médica psicológica?
- 9) Cuando sufría violencia, sentías vergüenza de los demás, que pensabas en este momento?
- 10) ¿Se sentías culpable en algún momento?
- 11) ¿Qué pensamientos tenía a respecto al futuro? Tenía algunos planes?
- 12) ¿En algún momento sintió que corrió peligro en su vida?
- 13) Después de lo sucedido, ¿Qué actitudes y creencias usted tiene sobre sí mismo?
- 14) ¿Cómo evalúa, quién eres tú? En los diferentes aspectos: fisiológico, emocional, social, moralmente.
- 15) ¿Has tenido en algún momento sentimientos de inferioridad?
- 16) ¿Mismo pasando por esa situación. ¿se siente capaz de desarrollarse en el área laboral, intelectual, social y hasta misma con su pareja?
- 17) ¿Cómo cree que te ven después de lo sucedido?
- 18) ¿Cómo quieres que te vean?
- 19) ¿Cuánto conoces a ti mismo?
- 20) ¿Estás satisfecha consigo mismo?
- 21) ¿Te aceptas cómo eres?
- 22) ¿Cómo quiere llegar a ser?ç

Datos Generales: Sonia, 45 años, casada, tiene 3 hijos.

Motivo De Consulta: Ha venido al centro "Casa De La Mujer", por motive de violencia física.

Antecedentes de violencia en la pareja: Anteriormente, después del haber venido a vivir lejos de su familia.

ENTREVISTA

- T: ¿Por qué motivo usted ha venido acá? ¿Qué te ha llevado a venir?
- S: Por motivo que mi esposo empezó a me humillar frecuentemente, me culpando de todo lo que no le sale bien, por ese motivo ya no soporto vivir de esa manera y vine acá buscar ayuda profesional.
- T: ¿Qué tipo de violencia?
- S: Verbal, física en algunos momentos y principalmente psicológica.
- T: ¿Qué tipo de amenaza recibió? ¿Desde cuándo empezó la violencia, desde cuando se casaron o desde cuando eran novios? ¿Cuándo ha sido el último episodio?
- S: Siempre recibo la amenaza de me abandonar, de me dejar sin nada. Todo empezó cuando vine a vivir acá en Santa Cruz, lejos de mi familia, donde él se siente mi dueño, que puede hacer lo que quiere, debido al miedo que siento de estar sola y no poder vivir sin el debido a lo financiero.
- T: ¿Cuánto tiempo de convivencia? ¿Cuánto tiempo están juntos?
- S: Estamos juntos a 25 años.
- T: ¿Qué te hizo tomar la decisión de denunciar o buscar ayuda? ¿Voluntad propia o sugerencia de alguien?
- S: Es que veo que uno sola es difícil de tomar decisiones. Tengo miedo de decidir algo y después ver que no era la mejor decisión. Por esa razón vine a buscar ayuda para que me den una sugerencia de lo que debo hacer.
- T: ¿Tiene hijos? Y los chicos no le pegan?
- S: Si, tengo tres hijos (una mujer y dos hombres). A los hijos no les pegan porque ya son jóvenes.
- T: Antes, usted necesitó atención médica psicológica?
- S: Si, cuándo recién fuimos a vivir juntos. Busqué ayuda psicológica porque el mucho me presionaba con sus celos, me celaba de todos, hasta con mis primos, no podría hablar con ellos y mucho menos reír. Eso me sufocaba y por eso busque ayuda.

T: Cuando sufría violencia ¿sentía vergüenza de los demás, que pensabas en este momento?

S: Si, muchísimo. Pensaba en nunca más estar con él, pero después él venía, me pedía perdón y prometía nunca más hacer eso, me regalaba algo y yo pensaba que sería mejor continuar con él porque era tan dependiente de él, principalmente financieramente, pensaba: "Mal con él, peor sin él". Siempre tenía esperanza que él iba a cambiar, que un día todo mejoraría y podríamos ser felices.

T: ¿Se sentía culpable en algún momento?

S: Si. Siempre me sentía culpable, analizaba que podría ser diferente y mejor, si yo no tuviera dicho algo, que debería aguantar más las cosas y dejar de decir muchas cosas.

T: ¿Qué pensamientos tenía a respecto al futuro? ¿Tenía algunos planes?

S: Tenía siempre pensamientos que todo cambiaría para mejor, que él cambiaría de conducta, que ya no iba a ser tan impulsivo y tan nervioso.

Tengo planes de trabajar en un trabajo mejor y poder ganar más, para ser más independiente y poder ver que soy una persona que puedo seguir adelante sola.

T: Después de lo sucedido. ¿Cómo podría responder? ¿Qué actitudes y creencias usted tiene sobre sí mismo?

S: No tengo actitudes, me siento una inútil, que no sirvo para nada. Me siento tan menos, por más que soy más culta que él, porque él solo tiene tercero básico, pero me hace sentirme tan menos, debido que soy muy dependiente, que no puedo lograr a vivir sola, no voy a poder tener lo que tengo, estando con él. Por esa razón tengo que continuar viviendo así, mientras no tengo otra opción. Por esa razón veo que puedo lograr a vivir mejor, pero en mi creencia me siento tan poco, sin condiciones de ser mejor.

T: ¿Cómo evalúas, quien eres tú? En los diferentes aspectos: fisiológico, emocional, moralmente.

S: En lo fisiológico, a veces no me siento bien debido que mucho me duele la cabeza por pensar demasiado en la situación que no puedo solucionar.

Emocionalmente me siento con mucha tristeza en mi corazón por querer ser feliz y no lograr esto, debido que mi esposo es una persona que no sabe dialogar, es muy impulsivo, no escucha a uno, antes que termino de hablar ya está se defendiendo. Me siento impotente, me siento menos. Gustaría de ser amada, que me entienda mi esposo, que me abrace y diga que tengo valor para él.

Paso a veces solo pensando en las cosas que viví de bueno en el pasado para dar sentido a mi vida y poder seguir adelante.

Mi vida social es muy poca porque veo que no soy una persona amigable debido que soy muy introvertida, busco casi no dar mi opinión para no molestar a nadie.

Paso la mayor parte de mi vida sola en mi casa, tengo pocas amigas por estar más disponible en hacer todo para mi esposo, porque el todo pide a mí, ni una ropa no saca del ropero, nunca pilla nada, solo yo tengo que agarrar las cosas para él.

Moralmente, veo que tengo valor, pero mi esposo me hace sentir as veces de poco valor.

T: ¿Has tenido en algún momento sentimientos de inferioridad?

S: Siempre tengo sentimientos de inferioridad. Mi esposo por más que no tiene estudio, solo ha estudiado hasta tercero básico, pero tiene una habilidad para bajar la autoestima de alguien. Siempre quiere tener la razón, jamás admite que se equivoca. Mayormente se equivoca y busca poner la culpa en mi y consigue casi siempre debido que veo que soy menos que el. Me siento que no soy nada sin él, que difícil que voy a lograr seguir adelante sin un compañero.

T: Mismo pasando por esa situación. ¿Se siente capaz de desarrollarse en el área laboral, intelectual, social y hasta misma con su pareja?

S: Si, me siento capaz de desarrollarme en el área laboral, pero con un poco de miedo, de inseguridad por el temor de que hago algo de que ven que no está bien.

En el área intelectual, veo que soy muy inteligente, pero con la condición de que tengo que hacer lo que los demás me dicen que debo hacer y no

lo que veo mejor. Ya me acostumbré en hacer lo que los demás me dicen que debo hacer.

Como ya había dicho antes sobre el área social, busco estar más alejada de los demás, buscando hacer las cosas más a sola porque ya me acostumbre convivir solamente con mi esposo. Me siento sola mismo teniendo una persona a mi lado, debido que estoy junto con una pareja, pero lejos psíquicamente porque no tenemos muchas cosas en común, pensamientos diferentes.

T: ¿Cómo cree que te ven después de lo sucedido?

S: Creo que me ven como una inútil, que no sirvo para nada, que no seré capaz de tener una persona mejor, debido que soy de poca acción, soy muy pasiva.

T: ¿Cómo quieres que te vean?

S: Quiero que me ven como una persona especial, con muchas cualidades y de que soy capaz de hacer muchas cosas especiales, capaz de desarrollar muy bien las cosas.

T: ¿Cuánto conoces a ti mismo?

S: Conozco muy bien a mi misma y saber de que toda mi vida va a ser lo mismo, de que poca cosa va a cambiar, debido que no solo yo me conozco, también los demás, principalmente mi pareja, sabiendo que no necesita cambiar mucho para que este conmigo, sabe que soy muy dependiente y de que no lo voy abandonar por su manera de ser porque ya se ha dado cuenta de que tengo miedo de me separar de él, por miedo de no pillar otra persona y principalmente por lo financiero.

Soy una inútil, una dependiente de otra persona, no soy capaz de hacer las cosas solas, soy medrosa de la vida estando sin pareja.

T: ¿Estas satisfecha consigo misma?

S: No, no estoy satisfecha debido mi inutilidad y por no tener acción, por no hacer las cosas más por la razón y menos con el corazón.

T: ¿Te aceptas como eres?

S: No. Soy inaceptable debido mi falta de carácter más decidido.

T: ¿Cómo quiere llegar a ser?

S: Quiero llegar a ser una persona más decidida, con mas acción, no ser tan dependiente de mi pareja. Quiero llegar a ser una mujer exitosa, que no dependa de un hombre para vivir y seguir adelante.

Datos Generales: Soledad, 38 años, vive en concubinato, tiene 3 hijos (1 hijo y 2 hijas)

Motivo De Consulta: Ha venido al centro “Casa De La Mujer”, por motivo de violencia física.

Antecedentes de violencia en la pareja: Anteriormente, después del nacimiento del hijo, cuando estaba con 6 meses, su esposo empezó a maltratarla, primeramente era solo verbalmente y después físicamente.

ENTREVISTA

- T: ¿Por qué motivo usted ha venido acá? ¿Qué te ha llevado a venir?
- S: Por violencia este..., familiar.
- T: ¿Qué tipo de violencia?
- S: Verbal y física.
- T: ¿Qué tipo de amenaza recibió? ¿Desde cuándo empezó la violencia, desde cuando se casaron o desde cuando eran novios? ¿Cuándo ha sido el último episodio?
- S: Bueno, yo, es la segunda vez ya vengo acá. La primera vez, fue en 2007, octubre o sea, yo estuve con él y vino incluso hablar con la doctora, digamos después separamos por un año, ya él volvió, año y medio. Me habla como se dice, bonito y volví con él de nuevo, creyendo que había cambiado, con todo este tiempo que no tuvimos nada que ver, decidí por mis hijos. Ah! Así que ahí de nuevo empezó a agredirme, después de esto ya fue a lo límite, porque se puso a romper mis cosas que yo compré con mi sudor de frente agarro, saco todo a mi casa, como se dice, rompió todo que pilló al paso, por esto decidí venir, como que siempre dice la doctora si hay reconciliación. Creo que ya no hay porque la venda que tenía en mis ojos, ya se me fue, ya no pienso que cambie, va seguir haciendo. En este tiempo, no le creí, pero ahora recién me estoy dando cuenta, que va hacer siempre, ya no creo que va cambiar.
- T: ¿Cuánto tiempo de convivencia? ¿Cuánto tiempo están juntos?
- S: Antes de que venga la primera vez, ha sido 13 años.
- T: ¿Cuánto tiempo, al todo?
- S: Solamente conviviente, recién ha sido unos meses, unos 6 meses, recién hemos vuelto. Anteriormente ha sido unos 14 años que ya convivía.
- T: ¿Estamos hablando de unos 14 o 15 años?
- S: Si
- T: ¿Desde cuándo empezó la violencia? ¿Desde que fueron a vivir juntos o desde que eran novios? ¿Cómo él era antes, era diferente?

- S: Todo era diferente, lo que era, una persona desatenta, pero uno cree que cambia con un hijo.
- T: ¿Tiene hijos?
- S: Si, tres (un hijo y dos hijas)
- T: ¿Como él es con ellos?
- S: Es totalmente diferente.
- T: ¿En qué trabaja él?
- S: Él ahorita, está trabajando con su hermano, en una muellearía.
- T: Y usted, en que trabaja?
- S: Yo soy empleada doméstica.
- T: ¿Desde cuándo esto empezó?
- S: Fue desde, a lo que mi hijo nació. Empezó desde que yo me junte con él, pienso que él ya se sintió dueño, que yo ya le pertenecía y que podría hacer lo que le daba la gana conmigo. Después que mi hijo tuvo unos 6 meses, o sea, primeramente era verbalmente, después empezó físicamente.
- T: ¿Qué cree usted porque él hace esto?
- S: Yo pienso, digamos porque él se cree que uno, o sea, que él puede más que uno, que él tiene la razón, él cree que es el todo poderoso, que nadie puede hacer nada, que uno necesita apoyo puede hacer lo que quiera con uno. Al principio yo tenía miedo a él, ya ahora no tanto, uno ya tiene donde acudir, obtener ayuda.
- T: Pero, desde la primera vez ¿ya vino o no acá?
- S: No. Pensaba en un cambio. La primera vez me dejo toda marcada.
- T: ¿Lo denunció, desde el principio?
- S: Al principio no porque su madre, ella me quería. Tenía pena de su madre, es viejita. Es por ella que no puse, así como yo estaba, espere por lo menos dos semanas, para que las marcas desaparecieran. Cuando vine acá tenía solo un poquito acá, otro poquito acá. Si yo hubiera venido cuando él me dejo toda marcada, yo creo que...
- T: ¿Qué te hizo tomar la decisión de denunciar o buscar ayuda? ¿Voluntad propia o sugerencia de alguien?

- S: Yo, así como te le dije, que ya me quite la venda de mis ojos, no creo que va a cambiar, así es que lo mejor es que cada uno haga su vida.
- T: ¿Sabe él que vos ha venido?
- S: No, no sabes.
- T: Desde la primera vez cuando usted lo denunció ¿Lo citaron a él?
- S: Si, vino.
- T: ¿y él, como se portó?
- S: Todo, todo lo aceptó, que me ha agredido. Él casi no dijo ninguna palabra.
- T: ¿Qué cree usted, el modelo ideal de hombre, o sea, para convivir?
- S: El primero, es que debe querer a su hijo, por el estoy segura que no siente ni siquiera lastima por una de las hijas porque no siente apego a su hija. A veces la niña se lo apega a él y él dice:” No, no quiero”. Por mi el hombre ideal sería que se apegue a su hijo.
- T: Y usted lo cree que el hombre ideal, no sería dar atención también a una mujer y no solo al hijo?
- S: Si, claro, a la madre también pero....
- T: Cuando sufría violencia ¿sentía vergüenza de los demás, que pensabas en este momento?
- S: Si, principalmente de mi familia. Mi suegra desconfiaba, pero yo ocultaba debido a que ella era viejita, me daba lástima por ser tan buena conmigo.
- T: ¿Se sentía culpable en algún momento?
- S: En ese momento no, pero después que la rabia pasaba empezaba a me sentir culpable, que no debería enojarme con él por poca cosa. Yo era la que siempre hablaba con él y él se sentía más con razón.
- T: ¿Qué pensamientos tenía a respecto al futuro? ¿Tenía algunos planes?
- S: Tenía algunos pensamientos de ir a España a trabajar, dejando mis hijos con mi madre, pero tenía miedo de ir sola y no seguir adelante. Tenía el plan de ir por un tiempo hasta que consiguiera comprar una buena casa para mis hijos.
- T: Después de lo sucedido. ¿Cómo podría responder? ¿Qué actitudes y creencias usted tiene sobre sí mismo?

- S: Tengo solo pensamientos, pero actitudes son pocas, debido que no puedo tomar algunas actitudes y dejar a mis hijos. Financieramente y emocionalmente todavía veo difícil salir adelante sin él. Me siento tan fea, tengo 36 años, pero parezco que tengo mucho más porque represento más mayor, debido mi sufrimiento. Creo que con esta apariencia no voy a lograr a tener otra pareja, pienso que es por eso que me trata muy mal porque ya no soy atractiva como antes.
- T: ¿Cómo evalúas, quien eres tú? En los diferentes aspectos: fisiológico, emocional, moralmente.
- S: En lo físico, ¿esto quiere decir? Me siento muy fea, poco atractiva. En lo social, me llevo bien con los demás, principalmente mis vecinos, pero busco no contar nada a ellos. Y moralmente, veo que no estoy mostrando una buena moral o mis hijos, debido que me dejo ser lastimada emocionalmente. Tengo muchas ganas de dejarlo, pero voy a pensar un poco más.
- T: ¿Has tenido en algún momento sentimientos de inferioridad?
- S: En todo momento, me siento menos que mi pareja porque él me hace ver que soy inferior, que no paso de una domestica, que vivo siendo esclavizada por los demás, y que jamás voy ser mejor que esto.
- T: Mismo pasando por esa situación. ¿Se siente capaz de desarrollarse en el área laboral, intelectual, social y hasta misma con su pareja?
- S: Mayormente me siento capaz de desarrollarme en el área laboral porque soy muy valiente, pero en los días que peleo con mi esposo, me afecta muchísimo, haciendo con que en estos días no me da ganas de hacer nada. Intelectualmente no soy tan buena, debido que siempre cuando estaba en el colegio tenía dificultades y actualmente soy muy distraída, desatenta.
- T: ¿Cómo cree que te ven después de lo sucedido?
- S: Creo que me ven como una persona sin acción, que no tiene coraje de hacer las cosas solas. Pienso en vivir sola, separarme de él, pero tengo miedo y por esa razón no me ayudan mucho debido que es en vano

porque siempre quiero separarme de mi esposo y después estoy con él, por esa razón me ven como pasiva.

T: ¿Cómo quieres que te vean?

S: Quiero que me ven como una persona buena, que solo falta tomar la decisión correcta.

T: ¿Cuánto conoces a ti mismo?

S: Me conozco muy bien a punto de saber que tengo un pensamiento, pero diferente de mi acción. Hablo más de lo que hago, esta es la verdad.

T: ¿Estas satisfecha consigo misma?

S: No, no estoy satisfecha debido mi inutilidad y por no tener acción, gustaría de ser una persona más decidida, de tener coraje de hacer las cosas y no volver hacia atrás, ir mas por la razón que por el corazón.

T: ¿Te aceptas como eres?

S: En la verdad, no. Soy como una persona que no gustaría que yo fuera

T: ¿Cómo quiere llegar a ser?

S: Quiero llegar a ser una persona admirable por todos, principalmente por mi esposo.

Datos Generales: Claudia, 35 años, vive en concubinato, tiene 1hijo.

Motivo De Consulta: Ha venido al centro “Casa De La Mujer”, por motivo de violencia psicológica.

Antecedentes de violencia en la pareja: su esposo empezó a maltratarla, primeramente era solo verbalmente y después físicamente.

ENTREVISTA

- T: ¿Por qué motivo usted ha venido acá? ¿Qué te ha llevado a venir?
- C: Para buscar ayuda psicológica, como se que también ayudan a la mujer por maltrato de mi marido.
- T: ¿Qué tipo de violencia?
- C: Humillación, golpes delante de mis hijos
- T: ¿Qué tipo de amenaza recibió? ¿Desde cuándo empezó la violencia, desde cuando se casaron o desde cuando eran novios? ¿Cuándo ha sido el último episodio?
- C: El maltrato empezó después de tres meses de casados, hace dos semanas atrás me volvió a golpear.
- T: ¿Cuánto tiempo de convivencia? ¿Cuánto tiempo están juntos?
- C: A cuatro años que estamos juntos.
- T: ¿Qué te hizo tomar la decisión de denunciar o buscar ayuda? ¿Voluntad propia o sugerencia de alguien?
- C: Por voluntad propia.
- T: ¿tiene hijos? ¿Y a los chico no le pegan?
- C: Tengo un hijo de tres años y también lo maltrata a mi hijo por ser una persona sin paciencia.
- T: Antes, usted necesito atención médica psicológica?
- C: No.
- T: ¿Cuándo usted sufría violencia, sentía vergüenza de los demás, que pensabas en este momento?
- C: Si, tenía mucha vergüenza y en ese momento quería desaparecer..
- T: ¿Se sentía culpable en algún momento?
- C: Si, porque no me sentía capaz de calmar la situación.
- T: ¿Qué pensamientos tenía a respecto al futuro? ¿Tenía algunos planes?
- C: Si, en tener dos hijos mas, en tener un negocio juntos.
- T: Después de lo sucedido. ¿Cómo podría responder? ¿Qué actitudes y creencias usted tiene sobre sí mismo?
- C: No me creo capaz de salir adelante sin él.

- T: ¿Cómo evalúas, quien eres tú? En los diferentes aspectos: fisiológico, emocional, moralmente.
- C: Siento que no soy atractiva como antes. Cualquier cosa me deprime, no tengo amigos(a)
Mi moral está por el piso.
- T: ¿Has tenido en algún momento sentimientos de inferioridad?
- C: En todo momento, me siento menos que mi pareja porque él me hace ver que soy inferior.
- T: Mismo pasando por esa situación. ¿Se siente capaz de desarrollarse en el área laboral, intelectual, social y hasta misma con su pareja?
- C: Mayormente me siento capaz de desarrollarme en el área laboral, pero en las demás áreas me siento incapaz, me siento una inútil, una fracasada.
- T: ¿Cómo cree que te ven después de lo sucedido?
- C: Creo que me ven como una persona fracasada y culpable.
- T: ¿Cómo quieres que te vean?
- C: Quiero que me ven como una señora respetada y feliz.
- T: ¿Cuánto conoces a ti mismo?
- C: No muy bien, hay cosas que hago y que pensó y me desconozco
- T: ¿Estas satisfecha consigo misma?
- C: No, quisiera ser la misma de muchos años atrás, delgada, atractiva y elegante, mejor esposa.
- T: ¿Te aceptas cómo eres?
- C: En la verdad, no.
- T: ¿Cómo quiere llegar a ser?
- C: Delgada, feliz, con un marido fiel y trabajador.

Datos Generales: Karen, 33 años, vive en concubinato, tiene 5 hijos (3 hijos y 2 hijas).

Motivo De Consulta: Ha venido al centro "Casa De La Mujer", por motivo de agresión familiar, por parte de su esposo

Antecedentes de violencia en la pareja: Ha tenido violencia desde que se casaron, a partir del momento en que su esposo percibió que a ella no le gustaba la bebida

ENTREVISTA

- T: ¿Por qué motivo usted ha venido acá? ¿Qué te ha llevado a venir?
- K: Es por agresión familiar por parte de mi esposo, o sea, como puedo decir, por humillación, es porque no tomo, porque uno se calla, no participa, porque no me gusta la bebida.
- T: Entonces, toda esta humillación ¿Es porque usted no quiere tomar con él, no quiere compartir?
- K: Si, es porque no me gusta la bebida, no me gusta tomar.
- T: ¿Qué tipo de violencia ha sufrido?
- S: Es. Es verbal, últimamente verbal, sus celos, me amenaza de que, lo que más me duele es que me diga que soy una puta, que soy una cualquiera, a esto me duele, le duele a mis hijos, que soy una madre, que no vallo, que no vale la pena.
- T: ¿Y él habla esto delante de los hijos?
- K: Si.
- T: ¿Cuántos hijos tiene usted?
- K: 5 hijos. El mayorcito tiene 14 años y el menorcito tiene 2 años.
- T: ¿Qué tipo de amenaza recibió? ¿Desde cuándo empezó la violencia, desde cuando se casaron o desde cuando eran novios? ¿Cuándo ha sido el último episodio?
- K: Desde que nos casamos, vio que a mí no me gusta la bebida, no me gusta compartir y también la intromisión de su familia porque a ellos le gustan a tomar, le gustan que sean una persona como ellos y por ultimo me dijeron que son capaces de buscar una pareja a mi esposo, mucho mejor que yo. Para él y para su otro hermano.
- T: Para ellos es como si la esposa perfecta, es la que comparte la bebida con ellos, con esas cosas todas.
- K: Si.
- T: ¿Cuánto tiempo de convivencia? ¿Cuánto tiempo están juntos?
- S: Estamos juntos a 12 años.

T: ¿Qué te hizo tomar la decisión de denunciar o buscar ayuda? ¿Voluntad propia o sugerencia de alguien?

K: Por mí misma, por mis hijos, porque a mis hijos ya están traumando porque él habla cosas que no debe decirme, que así no debe ser delante de ellos. Antes si nosotros discutíamos, así seguía la corriente pero así seguía. Ahí vi que a mis hijos ya estaba afectándoles en el colegio. Entonces vi porque, porque voy a seguir lo mismo, a decir lo mismo, voy estar ahí mirando la misma persona. Lo que me ha afectado mucho, incluso es que él hasta ha tenido un relacionamiento con una chica que vive cerca de mi casa.

T: Antes, usted necesitó atención médica psicológica?

S: Si. Porque llegando aquí para hacer la justicia para separarnos, le ordenaron que él hiciera, que me lleve para hacer un tratamiento psicológico porque me estaba traumada, él se compromete pero no lo cumple.

T: ¿El ya ha ido hacer terapia?

K: Si, hemos hecho, fuimos dos o tres veces. Ahora yo digo a él que tanto se compromete, que no cambia. Me duele es que lastima a mis hijos, porque todo le pregunta, porque él los llevan, lo traen a los chicos, así que le pregunta, a donde voy yo, que hago, con quien charlo, que digo, que no le digo. Todo para observando y de esto mi hija dice: "Mama ya estoy cansada, estoy aburrída". Y ellos quieren que ya vaya con ellos porque conmigo todo está mal pero yo no quiero ir. Ahora en esta mañana mi hija me comentó esto. No sé que puedo hacer, por esto he venido para que la doctora me diga que puedo hacer.

T: ¿En qué trabaja él?

K: Es chapista ahí, en la casa trabaja. Así como me ve vestida (sencilla), es que yo soy puta, ni siquiera estoy bien vestida. Lo que yo le digo a él que yo merezco respeto. Aun así tu no me debería decir esto, cosas que yo no lo hago. Yo digo a él: "yo te respeto porque si no te respetaría, a veces estaría igual que vos o peor. Yo sé que para ti no tengo valor pero para Dios yo me valoro porque antes más no me valoraba. Antes tomaba cosas

que no debería tomar, yo ya no quería vivir. Cuando yo tenía, parece tres hijos, yo estaba embarazada, me tomaba cosas que no debería tomar.

T: ¿Usted quería tomar algo para quitar su vida?

K: Si, porque vía que ya no tenía sentido mi vida. Unas tres veces intente contra mi vida, ¿Por qué sigo viviendo? Me siento tan sin valor, me siento fea, creo que por eso mira otras mujeres.

T: Cuando sufría violencia ¿sentía vergüenza de los demás, que pensabas en este momento?

S: Si, muchísimo. Pensaba en nunca más estar con él, pero después el venia, me pedía perdón y prometía nunca más hacer eso, mucha vergüenza y cuando me trata, apunta el dedo, me miran la gente. Esto para mi es lo peor.

T: ¿Se sentía culpable en algún momento?

S: Si. Siento que ya es hora, me molesta todo esto. Quiero cambiar todo esto, es mi derecho. No me importa que comparta un almuerzo, una cena, pero que yo tenga derecho a hablar, el no quiere, cualquier cosa que hace, que tenemos, el solo pensó, el solo lo hizo. Todo lo que yo hago el no valora, entonces si uno no sabe valorar y yo sola voy hacer mis cosas, valorarme yo sola, para que a mí, tengo que humillarme, para que tenga que decirme algo.

T: ¿En algún momento ha tenido sentimiento de inferioridad?

K: Si, el siempre me hace sentirme menos que el, sentir menos que a las a dar todo esto para que no quite a mis hijos, esto es lo que no quiero.

T: ¿Qué pensamientos tenia a respecto al futuro? ¿Tenía algunos planes?

S: Tenia siempre pensamientos que todo cambiaria para mejor, que el cambiaria de conducta, que ya no iba a ser tan impulsivo y tan nervioso. Tengo planes de trabajar en un trabajo mejor y poder ganar más, para ser más independiente y poder ver que soy una persona que puedo seguir adelante sola.

T: Después de lo sucedido. ¿Cómo podría responder? ¿Qué actitudes y creencias usted tiene sobre sí mismo?

S: No tengo actitudes positivas, pensó ser una persona diferente, con una profesión, pero actitudes ninguna, me siento una inútil, que no sirvo para nada.

Me siento dependiente, que no puedo lograr a vivir sola, no voy a poder tener lo que necesito para cuidar de mis hijos. Por esa razón tengo que continuar viviendo así, mientras no tengo otra opción. Por esa razón gustaría lograr a vivir mejor, pero en mi creencia me siento tan poco, sin condiciones de ser mejor.

T: ¿Cómo evalúas, quien eres tú? En los diferentes aspectos: fisiológico, emocional, moralmente.

S: En lo fisiológico, a veces tengo alergias, me falta el aire, dolor de cabeza. Me veo en el espejo y me siento tan fea.

Emocionalmente me siento con mucha tristeza en mi corazón por querer ser feliz y no lograr esto, debido que mi esposo es una persona agresiva, principalmente cuando toma.

Paso a veces solo pensando en las cosas que viví de bueno en el pasado para dar sentido a mi vida y poder seguir adelante.

Mi vida social es muy poca porque siempre tengo que estar en la casa cuando el llega de la calle.

Paso la mayor parte de mi vida sola en mi casa, tengo pocas amigas por estar más disponible en hacer todo para mi esposo, porque el todo pide a mí, parece que quiere me esclavizar y me humillar.

Moralmente, veo que tengo valor, pero mi esposo me hace sentir a veces de poco valor, me hace sentir que a nadie me quiere.

T: Mismo pasando por esa situación. ¿Se siente capaz de desarrollarse en el área laboral, intelectual, social y hasta misma con su pareja?

S: Si, me siento muy capaz de desarrollarme en el área laboral, pero estoy siempre atenta para que las personas no me ve incapaz de hacer bien las cosas.

En el área intelectual, veo que no soy tan inteligente, pero siempre me esfuerzo para hacer bien todo con la condición de que tengo que hacer lo que los demás me dicen que debo hacer y no lo que veo mejor.

Como ya había dicho antes sobre el área social, busco no tener mucho relacionamiento con los demás para que mi esposo no se enoje. Ya me acostumbre convivir solamente con mi esposo y mis hijos.

T: ¿Cómo cree que te ven después de lo sucedido?

S: Creo que me ven como una incapaz, que no sirvo para solucionar bien las cosas, que no seré capaz de tener una persona mejor, porque veo que soy incapaz de causar impresión a alguien.

T: ¿Cómo quieres que te vean?

S: Quiero que me ven como una persona especial, bonita, con muchas cualidades buenas y ser amada por todos y ser capaz de despertar en los demás admiración.

T: ¿Cuánto conoces a ti mismo?

S: ya no me conozco más, debido que antes yo era otra persona, me sentía bien en todo, ya ahora todo cambio, incapaz de dar un basta en esa situación.

Soy una inútil, una dependiente de otra persona, no soy capaz de hacer las cosas solas, soy miedosa de la vida estando sin pareja.

T: ¿Estas satisfecha consigo misma?

S: No, no estoy satisfecha debido que deje de ser una profesional, para estar dentro de casa y ser humillada por mi esposo, no teniendo fuerzas para salir de esa situación.

T: ¿Te aceptas cómo eres?

S: No. Gustaría de ser una persona mejor y poder agradar a mi esposo y las demás personas.

T: ¿Cómo quiere llegar a ser?

S: Quiero llegar a ser una persona mejor, para agradar a todos y que me admiren. Quiero llegar a ser una mujer exitosa, que no dependa de un hombre para vivir y seguir adelante.

Santa Cruz, 18 de Febrero de 2013

A:

Sra. Blanca Añez de Lozada

PRESIDENTA "FUNDACION CENTRO DE SALUD MENTAL"

DE: Tania Barros Gómez

MAESTRANTE EN PSICOTERAPIA CLINICA INTEGRATIVA

REF: REALIZACION INVESTIGACION Y TRABAJO SUPERVISADO EN LA FUNDACION CENTRO DE SALUD MENTAL "BLANCA AÑEZ DE LOZADA"

Estimada Señora:

La Universidad Andina Simón Bolívar, contempla la modalidad de graduación de TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGIA CLINICA: MENCION EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA, modalidad que requiere la práctica de la tesis presentado por la Lic. Tania Regina Gomes De Barros Rodríguez con C.I. E5366492 Sc., en El tal sentido y efectos de su colaboración, solicito a usted considerar la posibilidad de que bajo supervisión de la Lic. Maria Jacinta Perez, mi persona pueda aplicar su proyecto "LA FUNCIÓN DE IDENTIDAD EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, UN ANALISIS DESDE EL ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMATICO" en la institución que usted preside.

Sin otro particular saludo a usted con las consideraciones correspondientes

Atentamente,

c/c: archiv

Tania Barros Gomes

Maestrante

V.B.


Blanca Añez de Lozada
PRESIDENTE
FUNDACION CENTRO DE SALUD MENTAL

