



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:
“VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR Y LA SINTOMATOLOGÍA
CLÍNICA PSICOLÓGICA EN MUJERES QUE ASISTEN A LA UNIDAD
DE VIOLENCIA DE LA FISCALÍA DE TUNGURAHUA”.**

Requisito previo a optar el Título de Psicóloga Clínica

Autor: Solis Núñez, Andrea Isabel

Tutor: Psc. Cl. López Castro, Walter Javier

Ambato – Ecuador

Enero, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN MUJERES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE VIOLENCIA DE LA FISCALÍA DE TUNGURAHUA” de Andrea Isabel Solís Núñez estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre del 2015

EL TUTOR

.....
Psc. Cl. López Castro, Walter Javier

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN MUJERES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE VIOLENCIA DE LA FISCALÍA DE TUNGURAHUA”**, así como los contenidos, ideas y análisis son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre del 2015

LA AUTORA

.....
Solis Núñez, Andrea Isabel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Proyecto de Investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Proyecto, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre del 2015

LA AUTORA

.....
Solis Núñez, Andrea Isabel

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN MUJERES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE VIOLENCIA DE LA FISCALÍA DE TUNGURAHUA”**, de Andrea Isabel Solis Núñez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Enero del 2016

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedicado a quienes han descubierto
la pasión por servir a alguien más.

Andrea Solis

*“Lo que hacemos por nosotros mismos
muere con nosotros, lo que hacemos por los demás
y por el mundo permanece y es inmortal”.*

Albert Pike

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, Padre Eterno que me ha permitido cumplir mis sueños, quien me ha guiado todos los días de mi vida; a pesar de que en momentos no he tenido ánimos para continuar, Él siempre ha permanecido a mi lado para darme fuerza y continuar sin importar las adversidades presentadas.

A Dios sea toda la Gloria y la Honra.

Andrea Solis

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	v
<i>DEDICATORIA</i>	vi
<i>AGRADECIMIENTO</i>	vii
RESUMEN.....	xv
SUMMARY.....	xvii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1 Violencia Sexual Intrafamiliar.....	3
1.1.2 Sintomatología Clínica Psicológica.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.3 PREGUNTAS.....	15
1.4 OBJETIVOS.....	15
1.4.1 Objetivo General.....	15
1.4.2 Objetivos Específicos.....	16
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	16
1.6 LIMITACIONES.....	17

CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.1.1 Violencia Sexual Intrafamiliar.....	18
2.1.2 Sintomatología Clínica Psicológica.....	22
2.2 BASE TEÓRICA.....	25
2.2.1 VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR.....	25
2.2.1.1 FAMILIA.....	25
2.2.1.1.1 Propiedades de la familia.....	26
2.2.1.1.2 Tipos de Familia.....	28
2.2.1.1.3 Ciclo vital familiar.....	29
2.2.1.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	31
2.2.1.2.1 Aspectos de la funcionalidad familiar.....	33
2.2.1.3 DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	34
2.2.1.3.1 Reacciones de las familias disfuncionales.....	35
2.2.1.3.2 Tipos de Familia Disfuncional.....	35
2.2.1.4 VIOLENCIA.....	37
2.2.1.4.1 Causas de la violencia.....	38
2.2.1.4.2 Factores de la violencia.....	39
2.2.1.5 TIPOS DE VIOLENCIA.....	40
2.2.1.5.1 Formas de Violencia.....	41
2.2.1.6 VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR.....	42
2.2.1.6.1 Ciclos de la violencia sexual intrafamiliar.....	43

2.2.1.6.2 Consecuencias de la violencia sexual intrafamiliar	44
2.2.1.6.3 Factores de riesgo intrafamiliar para violencia sexual	45
2.2.2 SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	46
2.2.2.1 SALUD.....	46
2.2.2.1.1 Contextos de la salud.....	46
2.2.2.1.2 Salud y psicología.....	47
2.2.2.2 SALUD MENTAL.....	49
2.2.2.2.1 Factores de la salud mental.....	50
2.2.2.2.2 Importancia de la salud mental.....	50
2.2.2.3 PSICOPATOLOGÍA.....	51
2.2.2.3.1 Características de la psicopatología.....	52
2.2.2.4 SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	53
2.2.2.4.1 Tipos de sintomatología clínica psicológica.....	53
2.2.2.4.1.1 Somatizaciones.....	53
2.2.2.4.1.2 Obsesiones – Compulsiones.....	55
2.2.2.4.1.3 Sensibilidad interpersonal.....	55
2.2.2.4.1.4 Depresión.....	57
2.2.2.4.1.5 Ansiedad.....	58
2.2.2.4.1.6 Hostilidad.....	59
2.2.2.4.1.7 Ansiedad fóbica.....	60
2.2.2.4.1.8 Ideación paranoide.....	61
2.2.2.4.1.9 Psicoticismo.....	62
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	63
2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	65

2.5 SISTEMA DE VARIABLES.....	66
CAPÍTULO III.....	67
METODOLOGÍA.....	67
3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	67
3.2 DISEÑO.....	67
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	68
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	68
3.4.1 Cuestionario de Violencia Familiar contra la mujer.....	68
3.4.2 SCL-90-R (Symptom Check-List-90-Revisado).....	69
3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	71
CAPÍTULO IV.....	72
MARCO ADMINISTRATIVO.....	72
4.1 RECURSOS.....	72
4.1.1 Recursos Institucionales.....	72
4.1.2 Recursos Humanos.....	72
4.1.3 Recursos Materiales.....	72
4.1.4 Presupuesto.....	73
4.2 CRONOGRAMA.....	74
4.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
4.3.1 BIBLIOGRAFÍA.....	75
4.3.2 LINKOGRAFÍA.....	77
4.3.3 CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA.....	88
ANEXOS.....	90
ANEXO A1. Cuestionario de Violencia Familiar contra la mujer.....	90

ANEXO A2. SCL-90-R (Symptom Check-List-90-Revisado).....	92
ANEXO B. Fichas de validación de instrumentos para trabajos de Investigación.	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Leyes contra la Violencia a nivel mundial.....	5
Gráfico 2: Mujeres que han sufrido violencia a nivel nacional por provincia.....	8
Gráfico 3: Población afectada según dimensiones del SCL-90-R.....	11
Gráfico 4: Promedio de las puntuaciones más altas obtenidas para ambos sexos..	12
Gráfico 5: Ítems con porcentaje superior al 20% en mujeres.....	13
Gráfico 6: Ítems con porcentaje superior al 20% en varones.....	13
Gráfico 7: Puntuaciones directas correspondientes a Patología Moderada en mujeres y varones de Argentina y Estados Unidos.....	14
Gráfico 8: Modelo ecológico de factores de la violencia contra las mujeres.....	39
Gráfico 9: Clasificación de la violencia.....	41
Gráfico 10: Un modelo para la Salud Mental.....	50
Gráfico 11: La somatización como síntoma.....	54
Gráfico 12: Modelo conceptual de formación de la hostilidad.....	60
Gráfico 13: Dimensión Psicoticismo (rasgos).....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipología Familiar.....	28
Tabla 2: Consecuencias de la violencia sexual para la salud de la mujer.....	44
Tabla 3: Trayectoria y aportaciones que han ido conformando el concepto de salud.....	47
Tabla 4: Definiciones sobre psicología y salud.....	48
Tabla 5: Características sintomatológicas de la ansiedad: físicos y psicológicos..	58
Tabla 6: Presupuesto.....	73
Tabla 7: Cronograma.....	74

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA: VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN MUJERES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE VIOLENCIA DE LA FISCALÍA DE TUNGURAHUA

Autor: Solis Núñez, Andrea Isabel

Tutor: Psc. Cl. López Castro, Walter Javier

Fecha: Noviembre, 2015

RESUMEN

La familia vista desde el enfoque sistémico, es un sistema organizado cuya dinámica se basa en mecanismos propios de supervivencia. La familia está encargada de proteger, mantener un equilibrio familiar, si uno de ellos presenta una dificultad en el sistema, esto afectará al grupo familiar.

La violencia es un problema multi-causal que se asocia con varios factores sociales, individuales, políticos y comunitarios. Entre los factores individuales se incluyen el sexo, edad, otros factores biológicos y fisiológicos, nivel socioeconómico, situación laboral, nivel de educación, uso de alcohol o drogas y haber sufrido o presenciado maltrato físico en la niñez. Aunque todos estos elementos inciden, no necesariamente determinan las situaciones de violencia. Cada factor de riesgo tiene su propio impacto marginal en la probabilidad de que una persona se comporte violentamente o sea objeto de violencia.

La violencia sexual intrafamiliar constituye todo maltrato a la sexualidad de una persona obligada a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor mediante el uso de la intimidación, fuerza física, amenaza o cualquier otro medio represivo; lo que llega a producir síntomas clínicos psicológicos preocupantes a

corto y largo plazo en las víctimas. Es importante el estudio de los derivados de la violencia sexual para el mejor manejo terapéutico psicológico en las mujeres (primordialmente), que han padecido este desastroso acontecimiento familiar, evitando posibles y futuras complicaciones en su salud mental.

PALABRAS CLAVES: DISFUNCIONALIDAD, FUNCIONALIDAD, INTRAFAMILIAR, SÍNTOMA, VIOLENCIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCE

CLINICAL PSYCHOLOGY RACE

TOPIC: SEXUAL VIOLENCE AND CLINICAL PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN WOMEN ATTENDING VIOLENCE UNIT OF THE PROSECUTOR OFFICE OF TUNGURAHUA

Author: Solis Núñez, Andrea Isabel

Tutor: Psc. Cl. López Castro, Walter Javier

Date: November, 2015

SUMMARY

The view from the family systems approach is an organized system whose dynamics is based on its own means of survival. The family is charged with protecting, maintaining a balanced family, because if one presents a difficulty in the system, this will affect the family.

Violence within is multi-causal; it is associated to various social, individual, political and community factors. Individual factors include, sex, age, other biological and physiological factors as well as socio economic levels, labor situations, education, use of alcohol or drugs, and witnessed or been the victim of physical abuse during childhood. Although all of these elements have an influence, they don't necessarily determine violent situations. Each risk factor has its own marginal impact in the probability of violent behaviour being perpetrated by an individual or becoming its victim.

The sexual and internal relative violence establish all kind of maltreatment to a person's sexuality pushing to have sex or others sexual practices with the aggressor through using acts of intimidation, physique force, menaces, or any other repressive way. All of this get to produce worrying, clinical and psychologic signs in a short or long term between victims. Is important the study of the sexual violence

derivatives for the better therapeutic and psychologic use in women(neatly).They had suffered this calamitous relative events, preventing possible and future complications in their mental health.

KEYWORDS: DYSFUNCTIONALITY, FUNCTIONALITY, DOMESTIC, SYMPTOM, VIOLENCE.

INTRODUCCIÓN

La lucha a favor de la integridad de los derechos humanos con el tema de violencia sexual y todos los síntomas que esta acarrea, debido a sus evidentes connotaciones discriminatorias contra la mujer y debido a las impresionantes cifras de abusos en todas las regiones; da a notar la importancia de la investigación por el bienestar de las víctimas. Diferentes organismos nacionales e internacionales que trabajan en el tema de los derechos humanos han reconocido que la violencia sexual es una grave vulneración a los mismos, poniendo en un estado preocupante no solo por el flagelo al derecho de la integridad física y mental de la víctima, sino también porque genera repercusiones en su desenvolvimiento social.

Las mujeres han sido objeto de violencia sexual a lo largo de la historia. Durante la vigencia de conflictos armados internos e internacionales, así como en ausencia de estos; la esclavitud sexual, embarazos forzados, violaciones, esterilizaciones impuestas, entre otros maltratos, han sido práctica común realizada contra niñas, adolescentes y mujeres adultas. Esta realidad permite hablar de “violencia sexual” hasta la actualidad.

La violencia sexual incide en mayor porcentaje a las mujeres, por lo que constituye, a su vez, violencia de género, debido a las características que social y culturalmente se le han agregado, en específico, la idea de sumisión que consecuentemente se vincula con el aparente poder que sobre estas se puede ejercer. Tomando en cuenta, la sintomatología clínica psicológica, se abordara en esta investigación la salud mental de la víctima con un enfoque sistémico, ya que el mismo considera como personajes de los contextos de la violencia no solo al que agrede, sino al agredido, a los hijos, a las familias de cada parte, a los sistemas sociales, al sistema judicial, entre otros. Los miembros de la familia están presentes en el escenario de la violencia con diversos papeles (agresor, víctima, espectador) que inician, precipitan, mantienen o aumentan el nivel de violencia y lo sufren de manera diferenciada, dando así en cuestión a la violencia sexual intrafamiliar.

Evitar las simplificaciones y al utilización interesada de tan delicado tema supone actitudes profesionales al mismo tiempo que un alto compromiso ético. Como en tantas ocasiones, el terapeuta que trabaja con violencia sexual intrafamiliar, se

sentirá violentado por lo que observa, pero al mismo tiempo, se verá empujado a un compromiso social en defensa de modelos de relaciones humanas y familiares más igualitarios y menos fundamentados en el uso del poder y la fuerza. (Garrido et al., 2000).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Violencia Sexual Intrafamiliar

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, registra que a nivel mundial aproximadamente 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido violencia sexual en la infancia. Además, maridos, ex conyugues, novios, convivientes, son responsables de la mitad de las muertes violentas de mujeres en el mundo, siendo el femicidio la 6ta causa de muerte en mujeres entre 15 y 49 años; más de 1.000 mujeres mueren anualmente a manos de sus parejas, y se calcula que ascienden a 3'000.000 las mujeres que sufren violencia por parte de un familiar o conocido cada año. En América Latina 1 de cada 5 niños es abusado en más del 50% por un familiar inmediato con evidencias de escenarios incestuosos; siendo así el 80% por amigos, vecinos o parientes. Cada hora 228 niños/as padecen de violencia sexual en América Latina y de ellos, las dos terceras partes de las víctimas son de sexo femenino (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2010).

La Directora Ejecutiva Adjunta y Subsecretaria General de ONU Mujeres, en la disertación de Inauguración de Lakshmi Puri, en el debate acerca de Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres con Discapacidad alude que, a nivel mundial la confluencia entre discapacidad y género torna en las mujeres discapacitadas vulnerables en mayor proporción frente a la violencia, la consecuencia de la violencia de género puede ser también por la discapacidad, ocasionándola permanentemente. Los datos favorables exponen que de cada 10 mujeres 7 han soportado violencia sexual y/o física en algún instante de su vida; e

inclusive el 50% de agresiones sexuales existieron en contra de niñas menores de 16 años (ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS Mujeres, 2012).

En el Informe sobre la situación mundial de la Prevención de la Violencia (2014) notifica que, la violencia sigue estando generalizada, existiendo 475.000 muertes por homicidio al año a pesar de que desde el 2000 un 16% ha disminuido los homicidios, informa además que 1 de cada 4 niños han sido víctimas de maltrato físico, cientos de miles de jóvenes víctimas de la violencia reciben atención médica de urgencias cada año, 1 de cada 3 mujeres ha sido víctima de violencia física y sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida y que 1 de cada 17 individuos de la tercera edad han sido víctimas de maltratos en el último periodo. Así las secuelas de la violencia perduran toda la vida y son graves, como:

- Lesiones y discapacidad
- Enfermedades no contagiosas (enfermedades cardiovasculares, cáncer)
- Trastornos por consumo de sustancias y salud mental (dependencia de drogas y alcohol, ansiedad, depresión)
- Complicaciones de salud reproductiva y sexual (infección por el VIH, embarazos instintivos e infecciones por transmisión sexual)

Aproximadamente solo la tercera parte de los 133 países emplean los 18 programas preventivos que componen “insuperables inversiones”, 51% plantea el implemento de competencias para la vida, con el propósito de prevenir la violencia en la juventud, 49% impulsa el cambio de normas culturales y sociales para prevención de la violencia en la pareja, 39% brinda apoyo a los distribuidores de vigilancia para notificar el maltrato de personas de la tercera edad, 38% suministra educación a los padres para informar de violencia en niños y el 22% invierte en actividades de prevención de violencia dentro del noviazgo. En promedio, de los 133 países el 80% ha difundido las 12 leyes de beneficio para la violencia y su prevención, pero de estos países solo la mitad informan que los estatutos se emplean en su totalidad.

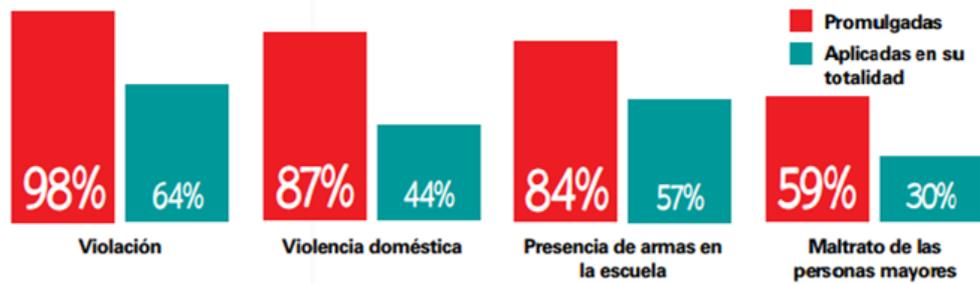


Grafico 1. Leyes contra la Violencia a nivel mundial

Fuente: UNODC, OMS, PNUD (Informe Mundial de Violencia 2014)

Los diferentes servicios de amparo y apoyo a las víctimas, en promedio de los 133 países, se ha determinado que en algo más de la mitad se brinda 34% de protección a los adultos, 49% en salud mental, 67% en servicios médicos forenses y 69% en protección de los niños (OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, & PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, 2014).

Para la Organización Panamericana de la Salud, el agresor suele mantener un vínculo íntimo con las víctimas. Los niños/as y especialmente las mujeres, poseen más posibilidades que los varones a padecer sucesos de violencia dentro del hogar por familiares cercanos. Las mujeres son expuestas a la violencia física y sexual más que los hombres, padeciendo violencia por parte de la pareja y violencia sexual por un agresor cualquiera. Los esquemas de violencia varían también de acuerdo a la edad. En las investigaciones ejecutadas en América Latina y el Caribe, alrededor del 38% (Ecuador) y 3% (Jamaica) las mujeres expresan que su cónyuge tiene el derecho de agredir a su esposa bajo ciertos contextos. Un estudio elaborado por UNICEF halló que de los 33 países en más de la mitad de ellos el 20% de los custodios piensan que el castigo físico es ineludible para educar a sus hijos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2014).

En el 2009 (de enero a octubre) en Ecuador se han acogido 54.877 denuncias, donde el 87% son mujeres, no obstante algunas indagaciones marcan exclusivamente que de las víctimas de violencia intrafamiliar solo el 4% denuncian. (ENDEMAIN, 2006). Si diferenciamos en años recientes, en una publicación del Diario La Hora, menciona que en el 2012 a nivel nacional las Comisarias de la Mujer y la Familia

ingresaron 75.024 denuncias por violencia intrafamiliar y de estas el 86% (64.427) de las víctimas son mujeres, y de los hombres solo el 14% (10.597) son afectados. Hay cultura de agresividad que gana terreno en la sociedad ecuatoriana. La agresividad dentro de la sociedad es más latente, los problemas son escondidos por miedo, pero el problema persiste en el silencio de los hogares (LA HORA, 2013).

En el Plan de Acción de GÉNERO EN DESARROLLO de la Cooperación Española en Ecuador (2001-2014), menciona que al igual que en el resto del mundo, la violencia de género es uno de los estigmas de la sociedad ecuatoriana. En el 2004, el 28% de todas las mujeres (de 15 a 49 años) reportaron haber recibido violencia física antes de sus 15 años y un 25% reporto haber sufrido maltrato psicológico. Es significativo indicar los niveles altos de violencia que exhiben las mujeres sin instrucción y las mujeres indígenas antes de sus 15 años. De algunas mujeres unidas o casadas, el 31% admiten que por parte de su pareja sufren violencia física, violencia psicológica el 40.7% y violencia sexual el 11.5%. En el 2007 jurídicamente, se ingresaron en las Comisarias de la Mujer y la Familia 53.510 denuncias por violencia intrafamiliar y 231 fallecimientos de mujeres por acometidas.

Sin embargo, debe ser fortalecido el Sistema de Justicia para cubrir la demanda presente. Según datos de 2010 del Plan Nacional de Erradicación de la Violencia divulgadas a través del programa: “Reacciona Ecuador, el machismo es violencia” las primordiales cifras manifiestas son que en Ecuador 8 de cada 10 mujeres han soportado violencia psicológica, física o sexual. De niños/as y adolescentes el 21% han tolerado abusos sexuales, durante el 2009 en los periódicos publicaron muertes por violencia machista del 64%, de estos solo 300 juicios apalearon sentencia. Más de 250.000 denuncias de violencia intrafamiliar se presentaron en los últimos 3 años, precisamente la situación de violencia contra las mujeres en Ecuador es evidente, esta realidad poco visible a la sociedad pero manifiesta en las familias y muchas veces ignorada por las mismas, agudizando el problema entre las mujeres quienes son fuertemente discriminadas por estereotipos y prejuicios sociales ligados a su condición de género (Plan de Acción de GÉNERO EN DESARROLLO de la Cooperación Española en Ecuador, 2011-2014).

El Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (2011), presenta datos revelados en el último censo nacional de Violencia de género contra las Mujeres y Relaciones Familiares, elaborada por el INEC en el año 2011, menciona que, en Ecuador las mujeres viven violencia todos los días, 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, afectando a la población urbana con un 61.4% y a la zona rural con un 58.7%. En el país 1 de cada 4 mujeres ha sido víctimas de violencia sexual, sin embargo la violencia psicológica es la forma más frecuente de violencia de género con 53,9% seguida de la violencia física con un 38% y posteriormente con la violencia sexual, cabe recalcar que en todos los tipos de violencia descritos anteriormente predomina la violencia intrafamiliar con un 87.3%. En todas las provincias del país la violencia de género sobrepasa el 50% y en otro tipo de poblaciones más específica, tenemos:

- Por estado conyugal, la violencia de género es 9 de cada 10 mujeres, donde con un 85.4% han sufrido violencia las mujeres divorciadas, seguido con un 78% separadas, 64% viudas, 62.5% unidas, 61.5% casadas y 47.1% solteras.
- Por autoidentificación étnica, 6 de cada 10 mujeres independientemente de su autoidentificación étnica han vivido algún tipo de violencia de género; presentándose un mayor porcentaje en las mujeres indígenas y afroecuatorianas. Así el 67.8% mujeres indígenas, 66.7% afroecuatorianas, 62.9% montubias, 59.7% blanca y 59.1% mestiza.
- Por nivel de instrucción, sobrepasa con el 50% en todos los niveles, no obstante la violencia llega al 70% en las mujeres que tienen carencia de instrucción. Así el 70% mujeres en centros de alfabetización, 67% ninguna instrucción, 64.1% educación básica, 58% educación media, 55.6% superior no universitario, 52.8% postgrado y 52.4% superior universitario (INEC, 2011).

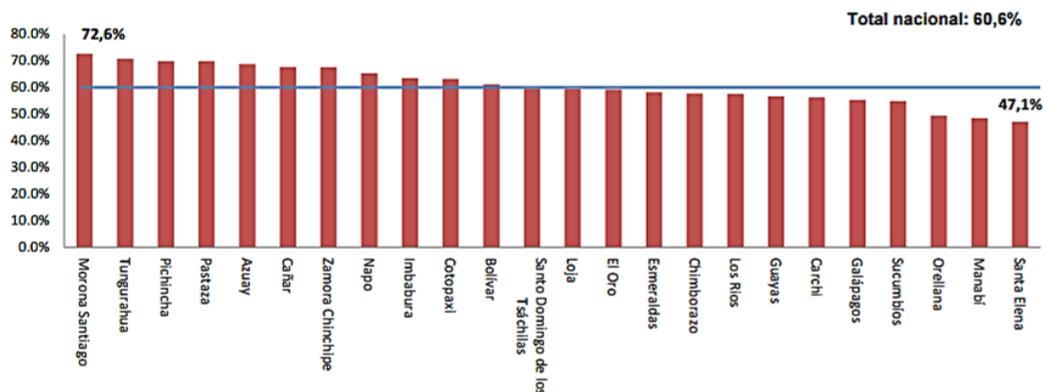


Gráfico 2: Mujeres que han sufrido violencia a nivel nacional por provincia.

Fuente: INEC (www.ecuadorencifras.gob - 2011)

Siendo así Tungurahua la segunda provincia que registra mayor violencia contra las mujeres con 70.9% frente al 60.6% de mujeres a nivel nacional. Aproximadamente 1 de cada 4 mujeres ha sido víctima de violencia sexual en la provincia y donde a más de eso predomina la violencia física con un 91%, seguida de la psicológica con un 78% y de la sexual con un 61.9%. La violencia en la provincia de Tungurahua es tan manifiesta que: por estado conyugal, 10 de cada 10 mujeres divorciadas han vivido algún tipo de violencia de género. En los niveles de educación la violencia de género excede el 50%, pese a esto las mujeres con menos nivel de educación su violencia alcanza el 70%. Y en todas las distintas poblaciones antes indicadas existe violencia intrafamiliar con un promedio del 80%, donde las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja el 54.9% según su decisión, no piensa o no quiere separarse de su pareja y a nivel nacional el 88.2% de igual manera, y entre las razones por la que esta decisión permanece con un 52.5% es porque piensa que el agresor debe superar las dificultades y mantenerse unida, con un 46.5% piensan que los problemas no son tan graves, con un 40.4% piensa que el agresor lo quiere y/o lo necesita, con un 28,7% permanecen por sus hijos pequeños y con el 22% no tiene como sostenerse económicamente y en menores porcentajes por miedo o por amenazas (INEC, 2011).

El nuevo Código Orgánico Integral Penal que tuvo vigencia a partir del 10 de agosto del 2013, ingresó a la subordinación 116 juicios de violencia intrafamiliar. Los fines de semana en Ambato, el trabajo policíaco es arduo. Mensualmente son atendidos

de 350 a 600 asuntos de violencia intrafamiliar. Los cuales son agenciados al sistema del ECU911. En Tungurahua según una publicación realizada por este sistema, los itinerarios donde más se origina la violencia son de lunes a sábado, entre las 7pm y las 11pm de los que se acrecienta entre la 1am y 3am del día domingo. En la provincia el Subdirector Técnico Zonal 3 Washington Cando, del ECU911, expone que se ingresan 22 acontecimientos de violencia intrafamiliar diarios y persistirá en crecimiento el 28.5% durante el año 2014 (EL COMERCIO, 2013).

En Ambato el Diario Hoy, en su publicación “Violencia contra mujer indígena crece” informo que las acusaciones de violencia de género acrecentaron aproximadamente 40 cada mes. La Oficina de la Mujer y Derechos Humanos y la Comisaría de la Mujer acogen diariamente 25 denuncias por maltrato psicológico, físico y verbal. Las personas más damnificadas con el 90% son mujeres campesinas e indígenas. Sin embargo en la asistencia de la Comisaría, existen cientos de cargos que a la autoridad no son presentados por miedo a las represalias de los agresores. Especialmente posterior al fin de semana, las imputaciones por violencia colman los medios de la Oficina de la Mujer y de la Comisaría (DIARIO HOY, 2013).

El cantón con mayor frecuencia de alarmas por violencia intrafamiliar es Ambato, del 1 de enero al 31 de mayo del 2014, según el informe último del ECU911, en la ciudad se registró 3.082 llamadas reportando delitos de violencia intrafamiliar. Después de Ambato, Pelileo es el segundo cantón donde en el mismo periodo se registró 209 claves rojas, posteriormente de Pillaro 142 y en Baños 94. El Director Zonal (Marco Montesdeoca) representante de la central de emergencias, reveló que en el total de alertas el 70% corresponde a clave roja menciona que antes que nada, se debe concebir que la cantidad no precisamente muestra que Ambato es la más violenta del país, porque en las demás urbes es posible la presencia de casos equivalentes que no son denunciados. Son 2.158 circunstancias de urgente riesgo de las 3.082 llamadas, en las que coexiste un nivel de violencia alto por lo general entre pareja (EL TELÉGRAFO, 2014).

1.1.2 Sintomatología Clínica Psicológica

En Europa una investigación de Salud Mental en la capital de Madrid mediante la aplicación del SCL-90-R se obtiene los siguientes resultados de sintomatología clínica psicológica, por dimensiones en la población:

- *Somatizaciones*: el 19.5% de la población se encuentra afectada, donde es más relevante en mujeres, personas analfabetas, personas viudas, personas dedicadas a la mendicidad y personas que se dedican a realizar tareas domésticas.
- *Obsesiones y Compulsiones*: se encuentra afectada un 20% de la población, donde existe mayor tendencia entre las personas que no trabajan, personas dedicadas a la mendicidad y con estado civil entre personas solteras.
- *Sensitividad Interpersonal y Autoestima*: el 18% de la población ha sido afectada por trastornos de baja autoestima, donde el 22% de las mujeres sufren de esto, frente al 11% de los varones que lo padecen. Además la baja autoestima es el doble en personas que no tienen apoyo social necesario.
- *Depresión*: un 17.9% de la población se encuentra afectada, existiendo resultados elevados en personas de 45 a 54 años de edad, concretamente en este grupo de edad es 2.5 veces más los trastornos depresivos que la media general, y según su rango académico podemos encontrar depresión en personas que solo han realizado estudios primarios un 32%, un 30% en personas de estudios universitarios y un 18% de afectación general en el resto de la población.
- *Ansiedad*: en la población está afectada un 16.7%, donde existe un diferencia significativa en relación al género, en el cual hay mayor ansiedad en mujeres con un 21%, frente al 8.9% de los varones.
- *Hostilidad*: un 15.7% de la población se encuentra afectada, por el cual hay mayor tendencia a padecerlo entre un rango de edad de 25 a 34 años y en personas con déficit de apoyo social.
- *Ansiedad Fóbica*: el 14.9% de la población se encuentra afectada, por lo cual en su mayoría el rango de edad de 45 a 54 años y entre personas con menos nivel de estudios son más propensas a padecerlo.

- *Ideación Paranoide*: en la población se encuentra afectada un 21,3%, de la cual son más propensos a sufrir trastornos paranoides las personas solteras y quienes acusan de deficiencia de apoyo social.
- *Psicoticismo*: de la población total un 13.3% se encuentra afectada y gravemente marcadas en personas solteras, separadas o divorciadas y con un 22.5% en personas que no reciben apoyo social.

Con estos resultados podemos referirnos al índice global de severidad que refleja el SCL-90-R el 18.9% de la población total se encuentra afectada en una de las dimensiones antes señaladas, de las cuales podemos recalcar que por género el 23% es más afectado las mujeres, según la edad el 33.3% se encuentra con mayor afectación el grupo de edad de 45 a 54 años y por deficiencias de apoyo social un 25%.

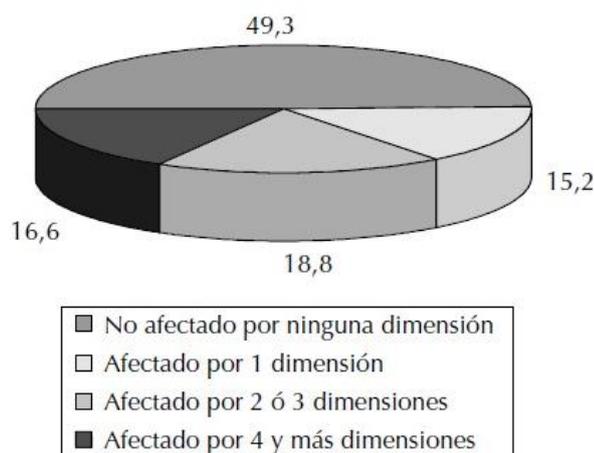


Gráfico 3: Población afectada según dimensiones del SCL-90-R.

Fuente: La Salud Mental entre la población excluida de la diócesis de Madrid (Flores, 2005)

Según el gráfico lo que podemos decir es que la población se encuentra gravemente afectada por al menos una de las nueve dimensiones mostradas, dando así que en Europa las características sociodemográficas de la población en general da a que las personas se encuentren afectadas en alto riesgo con un 35% y en menor porcentaje un 17% con 4 a menos dimensiones afectadas, a diferencia del 50% de la población que no está afectada por ninguna de las dimensiones o no son relevantes sus datos (Flores, 2005).

En representación del continente americano los países de Argentina (América del norte) y Estados Unidos (América del sur), presentan datos reveladores sobre síntomas clínicos psicológicos obtenidos en un estudio realizado por estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), mediante la aplicación del listado de síntomas SCL-90-R, en una muestra de población adulta residentes en ámbitos urbanos con edades entre 25 y 60 años de ambos sexos, se consiguió en sus resultados:

- De las 9 dimensiones psicopatológicas de la escala, los valores promedio más altos obtenidos, para cada sexo fueron que los varones admiten sentirse más hostiles (agresivos) y las mujeres más tristes y deprimidas:

Varones	Mujeres
1) Obsesiones y compulsiones	1) Obsesiones y compulsiones
2) Ideas paranoides	2) Depresión
3) Depresión	3) Ansiedad
4) Hostilidad	4) Ideas paranoides

Grafico 4: Promedio de las puntuaciones más altas obtenidas para ambos sexos

Fuente: Casullo (2004a)

- Continuando con el siguiente análisis de las respuestas que se marcaron en opciones bastante y mucho con un 20%, se puede notar que en ambos géneros hay problemáticas en común pero además es posible especular que en las mujeres predominan sentimientos de inseguridad frente a la toma de decisiones, dolor, tristeza y el sentirse poco valoradas a pesar de los esfuerzos, mientras que para los varones hay síntomas relacionados más con el nerviosismo, la inestabilidad psicomotora y la falta de calma, siendo así, se encuentra los siguientes valores estadísticos:

Mujeres	
52%	Me preocupo demasiado por lo que pasa.
38%	Dolores en la espalda.
30%	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.
26%	Sentirme muy nerviosa, agitada.
26%	Comer demasiado.
25%	Sentirme triste.
25%	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
23%	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
23%	Dormir con problemas, muy inquieta.
22%	Tener dificultades para tomar decisiones.
21%	Sentirme herida en mis sentimientos.
21%	Nauseas o dolor de estómago.
21%	Sentir que no me valoran como merezco.

Gráfico 5: Ítems con porcentaje superior al 20% en mujeres

Fuente: Casullo (2004a)

Varones	
43%	Me preocupo demasiado por lo que pasa.
34%	Nerviosismo.
29%	Comer demasiado.
23%	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
22%	Dolores en la espalda.
22%	Estar inquieto; no poder estar sentado sin moverme.
21%	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

Gráfico 6: Ítems con porcentaje superior al 20% en varones

Fuente: Casullo (2004a)

- Realizando comparaciones entre Argentina y Estados Unidos, podemos verificar que 5 de las 9 dimensiones señaladas las puntuaciones de las mujeres argentinas son menores a las estadounidenses, y para los varones estadounidenses las puntuaciones son más bajas que los argentinos, lo que significa que el comportamiento de la mujer argentina y del varón estadounidense en 5 dimensiones es interpretado como patológico teniendo en cuenta menos presencia de síntomas:

Dimensiones	Mujeres		Varones	
	EU	Argentina	EU	Argentina
Somatizaciones	1.39	1.65	0.70	1.20
Obsesiones	1.83	2.02	0.91	1.89
Sensibilidad I.	2.23	1.67	0.70	1.46
Depresión	2.03	1.94	0.74	1.58
Ansiedad	1.63	1.78	0.54	1.47
Hostilidad	0.83	1.67	0.78	1.62
Ansiedad fóbica	1.15	1.08	0.30	0.80
Id. paranoides	2.03	1.92	0.87	1.76
Psicoticismo	1.59	1.17	0.46	1.07

Gráfico 7: Puntuaciones directas correspondientes a Patología Moderada en mujeres y varones de Argentina y Estados Unidos

Fuente: Casullo (2004a)

En desenlace los varones y mujeres argentinos conforman un grupo más homogéneo con respecto a las puntuaciones del SCL-90-R donde su socialización puede ser más semejante para ambos sexos, y podemos conocer en síntesis que con estos 2 países en representación, América es uno de los países con variedad de sintomatología clínica psicológica donde predominan las preocupaciones frecuentes por lo que desemboca somatizaciones, y así podemos hablar de un continente en constante preocupación dando una Patología Moderada en sectores urbanos del continente americano (CASULLO, 2004a).

En Ecuador, notando el perfil de sintomatología clínica psicológica de una población de varones del Centro de Rehabilitación Social (ex penal García Moreno); con la aplicación del SCL-90-R como representación a los rasgos de sintomatología de los agresores que han cometido tráfico de drogas, homicidio y delito sexual, podemos rescatar que el riesgo de una patología psiquiátrica es del 14.9%, continuando de una patología psiquiátrica severa del 6.2% y personas sanas el 78.9%, con rasgos de prevalencia en:

- Según los Riesgos de Patología Psiquiátrica los rasgos relevantes tenemos: Ideación paranoide con un 11.8% seguido de Ansiedad con el 8.07% y Ansiedad fóbica el 7.45%.
- Según la Patología Psiquiátrica Severa los rasgos que predominan son: Ansiedad fóbica con el 3.1%, Depresión con el 2.48% y Psicoticismo el 2.48%.

Como un perfil a groso modo de la sintomatología clínica psicológica encontrada, podemos decir en definitiva que la mayor prevalencia es de alteraciones en el pensamiento y en humor de los agresores, un 11.1% de internos presenta un diagnóstico de caso clínico psiquiátrico y un 15.2% tendió a exagerar o a minimizar su sintomatología (SALGADO, 2012).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La Violencia Sexual Intrafamiliar influye en la Sintomatología Clínica Psicológica en mujeres que asisten a la Unidad de Violencia de la Fiscalía de Tungurahua?

1.3 PREGUNTAS

¿Cuál es la correlación que existe entre la violencia sexual intrafamiliar y la sintomatología clínica psicológica?

¿Qué tipo de agresión existió en las víctimas de violencia sexual intrafamiliar?

¿Qué tipos de sintomatología clínica psicológica están presentes en las mujeres que asisten a la Unidad de Violencia de la Fiscalía de Tungurahua?

¿Cuál es el tipo de identificación étnica relevante de las mujeres víctimas de violencia sexual intrafamiliar que muestran sintomatología clínica psicológica?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar como la Violencia Sexual Intrafamiliar influye en la Sintomatología Clínica Psicológica en mujeres que asisten a la Unidad de Violencia de la Fiscalía de Tungurahua.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la correlación que existe en la violencia sexual intrafamiliar y la sintomatología clínica psicológica
- Puntualizar las características predominantes de maltrato que existe en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.
- Determinar los tipos de sintomatología clínica psicológica que están presentes en las mujeres que asisten a la Unidad de Violencia de la Fiscalía de Tungurahua.
- Indagar el tipo de identificación étnica relevante de las mujeres víctimas de violencia sexual intrafamiliar que muestran sintomatología clínica psicológica

1.5 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación posee originalidad, por no existir datos que aborden el tema planteado, por lo cual se ve como una necesidad indagar la influencia de la violencia sexual intrafamiliar en la sintomatología clínica, lo que nos permitirá conocer la interrelación entre las variables y poder establecer datos que permitan a en investigaciones futuras contar con vías de información para la elaboración de protocolos de atención prioritaria a este grupo poblacional.

Siendo así de gran importancia la investigación de este tema, para brindar pautas informativas en propuestas por hacer, puntualizando prioridades y descartando vanas posibilidades en síntomas que la víctima aqueja, además es trascendente dentro de la sociedad, ya que con la información recogida se tomaría medidas de prevención para debilitar los malestares que perjudican a la misma.

Por lo cual es pertinente realizar esta investigación de variables con contenido de gran valor a nivel mundial, podemos decir que es un tema oportuno y conveniente para la sociedad en general, con fuertes aportes sociales y argumentos psicológicos, donde al culmino de la investigación su información no solo será favorecedora al ámbito de la salud mental en el campo psicológico, sino que será de relevancia académica, social, política y cultural por ser una necesidad valorada y de

conocimiento social. Al hablar de violencia sexual intrafamiliar y todos los síntomas que esta acarrea podemos aludir que este proyecto de investigación brinda a la universidad y a la colectividad en su totalidad, la opción de vincularse con algunas propuestas de solución, por ser la violencia y sus síntomas una problemática social.

La sintomatología clínica psicológica de la violencia sexual intrafamiliar es un proyecto que responde a una necesidad no satisfecha para la comunidad, y por lo tanto es factible a realizarse, porque se cuenta con recursos económicos, con la apertura de la institución pública (Fiscalía de Tungurahua) a la cual está dirigida la investigación, se posee los recursos físicos necesarios, se dispone de tiempo y lugar y de los recursos administrativos que el mismo requiere.

1.6 LIMITACIONES

En el transcurso de la elaboración del proyecto de investigación, se puede encontrar las siguientes limitaciones:

- Falta de fuentes de información para realizar el proyecto de investigación.
- Exclusión de la institución pública para la aplicación de la investigación.
- Posible falta de la muestra requerida para que la investigación sea válida.
- Carecer de empatía con las mujeres víctimas de violencia sexual intrafamiliar para la aplicación de los reactivos.
- Sesgo en los reactivos aplicados, por deshonestidad de la paciente o agotamiento en responder la extensividad del test.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Realizando un recorrido por las distintas páginas y revistas científicas, se encuentra que existen investigaciones que pueden dar apoyo al presente proyecto:

2.1.1 Violencia Sexual Intrafamiliar

Según Echeburúa y Corral (2006) en su estudio sobre las secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia toma en cuenta el análisis de los efectos a corto y largo plazo producto de un abuso sexual y las repercusiones de la victimización en su salud mental, se encontró que en la infancia el abuso sexual no es tan notoria por los tabúes que existe en la sociedad, como el que la infancia es feliz, que no se habla de sexo con los niños o que la familia es protectora; sin embargo llegan a ser víctimas de violencia sexual intrafamiliar, en su mayoría las niñas, son más de la mitad de las víctimas con resultados de impacto psicológico negativo. En la infancia concurre una tendencia a que las denuncias por violencia sexual intrafamiliar aumenten con el pasar del tiempo.

Según Grillo (2012) en su estudio ‘cuando el incesto se hace realidad’, acerca de la violencia sexual intrafamiliar en los niños/as, desde el punto de vista biopsicosocial y psicoanalista en el que se abordó temas sobre el trauma psíquico y el incesto, se considera que este tipo de violencia causa una marca difícil de mitigar en el niño/a o adolescente. Se obtuvo como resultado que las secuelas que causan estos temas son a corto y largo plazo, en el que es cuestión de ética para el profesional en salud mental buscar en la víctima un ‘espacio sano permisible no alterado’ para realizar el proceso de sanación psíquica, en cuanto a la simbolización de un amor familiar erróneo y casi nulo a causa del incesto, que da como resultado concreto realizar un proceso de duelo originado por la violencia sexual intrafamiliar.

Según Perela (2010) en un estudio sobre violencia de género: violencia psicológica, se obtuvo como resultados, que el abuso psíquico dentro del seno familiar llega a ser mucho más sutil y profundo a comparación de la violencia física que es evidente, encontrando durante el mismo en los agresores “micromachismos” que dañan a sus víctimas de una manera devastadora, provocando culpa, intimidación, manipulación por parte del agresor en dinero, explotación, chantajes, etc.

Según Palacios (2008) en su estudio de violencia sexual contra niñas/os y adolescentes: un problema social, un secreto familiar, en el que pretende a través de métodos formativos poder disminuir la violencia sexual en los mismos, considerando un marco legal estratégico del cual se obtuvo resultados como, la importancia de la figura materna para protección y prevención de la violencia sexual, el valor de aceptación en el medio social especialmente introducido en el ámbito escolar y la formación de una cultura de denuncia dentro de cada familia.

Según Daisy y Hien (2014) en el estudio del rol de la disociación en el ciclo de la violencia se propuso que la disociación sería un mediador en la relación entre el maltrato infantil y la violencia de pareja, en el que los resultados mostraron que las mujeres con antecedentes de maltrato infantil que experimentaron altos niveles de disociación, tenían más posibilidades de ser autoras de la violencia de pareja que aquellas con bajos niveles de disociación.

Según Asscher, Van der Put y Stams (2015) en su estudio de las diferencias de género en el impacto de abuso y negligencia de victimización en adolescentes con comportamiento infractor, se examina la asociación entre el abuso y el abandono durante la infancia y la delincuencia sexual y violenta en delincuentes juveniles, se obtuvo como resultados, que las mujeres delincuentes tienen antecedentes de ser víctimas de violencia sexual y física, mientras tanto los delincuentes masculinos tienen antecedentes de abandono y maltrato, pero son agresores de delitos sexuales a comparación de las mujeres infractoras con delitos menores; a manera de resumen podemos decir que el antecedente de abuso sexual se relaciona con los delitos sexuales cometidos y el abuso físico con la delincuencia violenta a futuro.

En un estudio hacia los maltratadores (en caso de violencia doméstica) vs. No maltratadores, determina como resultado que las características psicosociales y

sociodemográficas influyen a diferencia de los que son maltratadores y los que no son maltratadores (Ferrer, Bosch, García, Manassero y Gili, 2006).

Según Habigzana, Koller, Azevedo y Machado (2005) en su estudio de abuso sexual en niños y dinámica familiar: aspectos observados en los procedimientos judiciales, determina cuales son los factores de riesgo en abuso sexual de los pacientes identificados en los procesos judiciales, como resultado se muestra que gran parte de esos factores de riesgo son las familias reconstruidas, el alcohol, drogas, el desempleo y por ende las dificultades económica que van ligadas a la violencia sexual contra niños/as y adolescentes, además se afirma que el contexto principal es el entorno familiar para quienes fueron víctimas sexualmente.

Según Casique y Ferreira (2006) en su estudio de violencia contra las mujeres: reflexiones teóricas, se analizó los diferentes tipos de violencia en varios contextos de degradación a la mujer, como en la parte económica, psicológica, física, sexual, etc., de lo que se concluyó en el estudio que los componentes que provocan un comportamiento en las víctimas de violencia deben ser analizados con profundidad, para brindar programas de ayuda a las mismas, ya que es un fenómeno que menoscaba la integridad de la salud psíquica de la mujer, existiendo de suma urgencia programas de intervenciones efectivas y detección temprana de la violencia.

Según Hurtado y Serna (2012) en su artículo de neuropsicología de la violencia, trata de mostrar las alteraciones neuropsicológicas que provoca la violencia como cambios disociativos de la personalidad que por ende acarrea alteraciones cerebrales que perjudican la calidad de vida de la víctima, como resultados se pudo encontrar evidentemente alteraciones en la siguientes partes cerebrales: tálamo, amígdala, sistema límbico, corteza pre frontal, corteza orbito frontal, hipocampo, materia gris, dopamina, serotonina y glutamato, que llega a producir deficiencia en el aprendizaje, síndrome de descontrol, dificultad en el procesamiento de la información, inadaptación, desgaste de las funciones ejecutivas y alexitimia postraumática que no le permite responder correctamente a estímulos amenazantes, causando malestar clínicamente significativo en la víctima de violencia.

En un estudio de violencia sexual: la guerra en contra de los derechos de las mujeres, trata de dar una refutación al funcionamiento de la violencia sexual ejecutada dentro de conflicto armado, por la cual sus resultados fueron complicados de obtener debido a las intimidaciones frecuentes y los asesinatos a las que las mujeres están expuestas pero a favor del estudio podemos decir que se logró rescatar la mayor preocupación de la mujeres, como es la impunidad al momento de ejercer el derecho a la justicia (Jiménez, 2012).

Según Oliveira y Fonseca (2007) en el estudio de prácticas profesionales de los equipos de salud familiar destinadas a las mujeres en situaciones de violencia sexual, encaminan su estudio al análisis de mujeres víctimas de violencia sexual en el cual se aclara en los resultados un trabajo multidisciplinario para lograr una estabilidad psicológica en la victima con políticas claras, eficientes legales y profesionales de salud con formación correcta.

Según Barrientos (2011) en su estudio psique: trabajando contra la violencia de sexo/género, se aborda la importancia que le da cada país a la violencia de género, acotando el femicidio como hito estadístico del problema en la sociedad, por la cantidad de varones acusados de ejercer violencia de género, teniendo como iniciativa la aplicación de un programa de intervención para los hombres no solo en el ámbito psicológico sino presentándolo como un problema a tratar dentro de la política de estado de cada país.

Según Ospina, Jaramillo, Uribe y Cabargas (2006) en el estudio a una escala de caracterización en mujeres de los periodos de permutación conductual en relaciones familiares violentas, se identifica el proceso de cambio en las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas afectivas, los resultados muestran que las mujeres al estar en una etapa de reconocer que son maltratadas en su mayoría permanecen aún en la relación, por pensamientos de que su pareja puede cambiar y dejar de maltratarla.

Según Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez (2011) en el estudio de dificultades asociadas y violencia sexual en una parte de las beneficiarias de un centro de salud se analizan las diferentes formas de violencia sexual y toda la sintomatología que esta produce, como síntomas depresivos, ideación suicida e

intentos suicidas en las mujeres, de la que los resultados muestran en su mayoría haber estado exhibidas a manoseos sexuales en contra de su voluntad por lo menos alguna vez en su vida, continuando con las mujeres que han sido violadas en menos porcentaje y en un mínimo de mujeres que han sido obligadas a tocar los órganos sexuales de otra persona en contra de su voluntad.

2.1.2 Sintomatología Clínica Psicológica

En el estudio de los trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil, los resultados de trastornos de personalidad más frecuentes son el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial en mayor porcentaje, producto del abuso sexual infantil especialmente en el sexo femenino (Pereda, Gallardo y Jiménez, 2011).

Según Casullo, Cruz, González y Maganto (2003) en su estudio comparativo de síntomas psicopatológicos en adolescentes a través del test SCL-90-R, los resultados indican que en adolescentes de 15 a 18 años de edad la sintomatología varía de acuerdo a la zona de residencia, en una zona rural hay más síntomas de sensibilidad interpersonal, ideaciones paranoides, en zona urbana más somatizaciones y en una zona central o capital síntomas depresivos; en los adolescentes de 13 a 14 años muestran en su mayoría síntomas de obsesiones y compulsiones, de estos datos las mujeres son las que llevan mayor porcentaje en valores promedio.

En el análisis del estudio factorial de la traducción hispana del SCL-90-R en la localidad general, se diferencia a través del test a las personas “normales” y los pacientes psiquiátricos, en el que existió variaciones esperables en cada población, como resultado se fortalece la validez del test revelando la consistencia de sintomatología clínica psicológica acorde a la muestra que se tomó (Cuevas et al., 1991).

Para Carrasco, Sánchez, Ciccotelli y del Barrio (2003) en su estudio del listado de síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica dirigida a ambos sexos, en el cual no se encuentran diferencias por edad pero si por género,

especialmente en las mujeres, se encontró además que sus puntuaciones eran más elevadas en comparación a los varones, y en comparación con un diagnóstico clínico psicológico previo de la población, existe concordancia con los resultados del test, lo que sugieren la aplicación de esta batería como base diagnóstica.

Según Rivera, Caballero, Pérez y López (2013) en el estudio del SCL-90-r: distrés psicológico, género y conductas de riesgo (consumo de sustancias, conductas sexuales) en ambos géneros, los resultados de la aplicación del SCL-90-R concuerdan con los obtenidos de otros estudios; así las mujeres con distrés psicológico presentan síntomas con mayor intensidad las que ingieren drogas, alcohol y tabaco o conductas que combinan sexo y alcohol o mezclan sexo y drogas en el caso de los varones.

Según Garaigordobil y Bernarás (2010) en su estudio de síntomas psicopatológicos y dimensiones de personalidad en adolescentes con discapacidad visual, los adolescentes entre 12 a 20 años apunta a que las mujeres con deficiencia visual son las que obtuvieron puntuaciones mayores en sintomatología a diferencia de los varones con porcentajes medios, en la que permanecieron ambos sexos similares es en mostrar como síntoma una baja extraversión.

Para Robles, Andreu y Peña (2002) en su estudio del SCL-90-R al análisis y aplicación de sus pertenencias psicométricas en sujetos hospitalarios españoles, se obtiene como resultados la aprobación de la fiabilidad y validez del test en cuanto a evaluación de sintomatología clínica psicológica se refiere y para evaluación de posibles casos psiquiátricos.

De acuerdo a Echeburúa (2005) en su estudio sobre cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos, revisando los factores que perjudican la integridad psíquica de la víctima a través de la aplicación del SCL-90-R, se encontró que los sucesos traumáticos han dejado en las víctimas “cicatrices psicológicas” que hacen que las personas sean más vulnerables a padecer de enfermedades y trastornos mentales.

Según Lucero, Feixas y Saúl (2003) en el estudio exploratorio del perfil sintomático y constructos personales en el periodo de climaterio, en las mujeres adultas

evaluadas por el SCL-90-R presentan en esta etapa aislamiento social percibido mayor que las mujeres de menor edad, adjuntando a sus síntomas orgánicos también son influenciadas de estereotipos sociales nocivos acerca del climaterio.

De acuerdo a Sánchez y Ledesma (2009) en el Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) su estudio de observaciones psicométricas en sujetos clínicos, en los resultados del test se obtuvo diferencias significativas en cuanto a género en las áreas de somatizaciones, ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal e índices generales; comprobando que se obtiene correctos resultados del SCL-90-R en una población clínica.

Para Caparrós, Hoz, Ferrer y Poch (2007) en alumnos universitarios el estudio sobre la fiabilidad del Symptom Check List-90-R, sus datos formales y distribución factorial, muestran puntuaciones significativas en síntomas como depresión, obsesividad compulsividad y sensibilidad interpersonal, con grandes diferencias de género tanto en mujeres como en hombres, la fiabilidad del test resulta aprobado en las nueve dimensiones que del SCL-90-R en cuanto a malestar psicológico se refiere.

Según Erazo y Jiménez (2012) en su estudio de dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios, los síntomas relevantes en los universitarios son hostilidad, obsesión-compulsión, ideación paranoide y depresión, en cuanto al último síntoma nombrado existe variación de acuerdo al género con factores familiares, económicos y laborales que causan la depresión.

Para Arce, Fariña y Quinteiro (2013) en su estudio de evaluación forense de la simulación en casos de acoso escolar, los resultados mostraron una simulación de daño del cien por ciento en su capacidad y diagnóstico diferencial acorde a los índices del protocolo SCL-90-R, mostrando honestidad y validez satisfactoria en su aplicación.

En el estudio de las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil, el malestar psicológico que presentan las víctimas son a largo plazo con significativa gravedad y dificultad para el desarrollo normal de cada etapa evolutiva de las víctimas (Rodríguez, Aguiar y García, 2012).

Para Jaramillo, Ospina, Cabarcas y Humphreys (2005) en su estudio de resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas, a través de la aplicación del SCL-90-R en quienes no poseen escolaridad completa, tienen bajos ingresos económicos y no trabajan muestran sus resultados que son más vulnerables a ser víctimas de violencia sobre todo sexual, con síntomas de distrés y baja resiliencia.

2.2 BASE TEÓRICA

Para realizar el presente proyecto basaremos la investigación teórica desde un enfoque sistémico, por ser las variables de la misma una problemática intrafamiliar, y la familia un sistema esencial de la sociedad.

2.2.1 VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR

2.2.1.1 FAMILIA

Para la psicología se entiende por familia a la célula básica de experiencia y desarrollo que se encuentra vinculada por factores psicológicos, biológicos y socioeconómicos; es un sistema constituido por una red de relaciones, es natural respondiendo a las necesidades psicológicas y biológicas correspondientes a supervivencia humana, tiene peculiaridades propias en cuanto no existe otro factor social que haya reemplazado a la familia como fuente de satisfacción a las necesidades psicoafectivas iniciales del ser humano (Vélez, 2007).

Minuchin (2004), define a la familia como un ente natural primario importante en la humanidad, que muestra unidad y transcurre varias etapas de desarrollo, las mismas que varían de acuerdo a la cultura.

Con la información previa la familia representa un mecanismo interactivo, un sistema con un modelo general del que se derivan otros modelos determinados. La interacción dentro del sistema se refiere al vínculo con el mundo exterior, incluye procesos sistémicos intrapersonales e interpersonales de la conducta como vinculo

o mediador de un miembro con otros, es el contacto de comunicación entre sistemas comprendiendo estos elementos: contexto, codificación y valor (Roiz, 1989).

Para Masís (2000), Virginia Satir concibe a la familia como un microcosmos que contiene: autonomía, poder, intimidad, confianza y comunicación, la vida dentro de este microcosmos está ligado a la comprensión de las necesidades y sentimientos familiares diarios. Satir resalta cuatro aspectos importantes de la familia:

1. *Autoestima*: ideas y sentimientos que los individuos tienen de sí mismo.
2. *Comunicación*: método de ideas transferidas entre los miembros.
3. *Reglas*: normas para actuar en la vida familiar.
4. *Enlaces sociales*: relación de las personas con otros individuos y sistemas externos a la familia.

Roiz (1989), menciona que los miembros de la escuela de Palo Alto, conciben a la familia como una institución social, un sistema de comunicación y un conjunto con características peculiares y específicas que llegan al punto de ser un “sistema” de un lado y “control y autorregulación” de otro lado. Al explicarlo desde su origen en el enfoque sistémico es necesario que el sistema tenga un objetivo claro y que permanezca en estado de retroalimentación; los mensajes que se transmite dentro de un sistema por lo general suelen ser negativos en cuanto defienden su objetivo, los miembros del sistema deben estar aptos para responder a la información mediante el cambio del propio comportamiento y posición. Mientras se brinde libertad adecuada y funcionen sus mecanismos de cambio, el sistema alcanzara su objetivo y por ende disminuirá el impulso y la tensión interna.

2.2.1.1.1 Propiedades de la familia

Ochoa a la familia la define como un grupo natural compuesto de personas con un vínculo entre sí que muestra unidad al medio exterior, por lo que posee propiedades como:

- *Totalidad*: Son las relaciones que existe entre los miembros del sistema familiar más la suma de sus conductas e interacciones revela el real funcionamiento de la familia.

- *Causalidad circular:* Es las relaciones del sistema que son equitativas, repetitivas y modeladas, articulando conductas entre los miembros del sistema de manera circular.
- *Equifinalidad:* El sistema familiar puede conseguir la misma finalidad según sus múltiples acontecimientos iniciales y es la razón de que una dificultad familiar contenga varios motivos.
- *Equicausalidad:* Un acontecimiento inicial puede dar varios momentos finales y para resolver un posible conflicto familiar de este tipo se enfoca en el presente y en los factores mantenedores del problema.
- *Limitación:* Cuando el sistema adopta una sucesión de interacción se repite en el tiempo y es difícil en la familia formular una respuesta diferente.
- *Regla de relación:* Todos los sistemas familiares tienen la necesidad de comunicación, concretando los vínculos personales entre miembros del sistema.
- *Ordenación jerárquica:* El sistema llega a ser una organización y cada organización posee jerarquías, en cierto modo unos con más autoridad y responsabilidad sobre la familia que otros.
- *Teología:* Cada sistema posee dos funciones de equilibrio, la morfostasis (unidad) y morfogénesis (cambio), de la que se adapta al ciclo vital y desarrollo de los miembros de la familia para su estabilidad.

Todas estas propiedades conforman una estructura de cómo está formado un sistema familiar internamente y externamente (Ochoa, 2004).

Batenson menciona que a pesar de ser un grupo peculiar la familia permanecerá en contacto con otros sistemas similares que al mismo tiempo formaran una cultura, una colectividad, una estructura social, etc., para Jackson la familia es un grupo con características independientemente de su clase, rango, residencia, edad, sexo, etc., que tiene relaciones de continuidad y constancia entre sí, con gran importancia del factor tiempo pasado y actual. Según el enfoque sistémico la familia es una organización muy compleja, es una totalidad que tiene relación con otras unidades y con el entorno, la familia es un “sistema abierto” a más sistemas (Roiz, 1989).

2.2.1.1.2 Tipos de Familia

Para establecer la tipología familiar se identifican factores como parentesco, convivencia, subsistencia, nivel económico, a saber:

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos en su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)
Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.
Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)
Cambios sociales	Características
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos

Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo , excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Persona que conserva relaciones con varias personas del otro sexo de manera simultánea. Incluye la poliandria y poliginia

Tabla 1: Tipología Familiar

Fuente: Archivos de Medicina Familiar (2005)

Elaborado por: Andrea Solís

2.2.1.1.3 Ciclo vital familiar

Cárter y McGoldrick (1989) menciona que la familia evoluciona vitalmente a través de los periodos normativos de desarrollo (equilibrio y adaptación - desequilibrio y cambio), a pesar de las variaciones culturales. Es importante que durante cada etapa se desarrolle habilidades apropiadas de negociación y comunicación que le de equilibrio a los cambios en la familia.

El ciclo vital familiar se divide así:

Contacto

Es el primer momento donde la pareja se conoce para dar inicio a la etapa de formar una familia.

Establecimiento de la relación

Se establece a través de la negociación en la pareja: planes, objetivos y metas, que ayudan a mantener la intimidad y equilibrio con las diferencias que cada uno posee consolidando la relación.

Formalización de la relación

La relación de pareja adquiere formalidad en la transición de noviazgo a matrimonio.

□ **Luna de miel**

Para Minuchin (1984), las nuevas normas adoptadas en el matrimonio ayudaran a conocerse a sí mismos individualmente y mutuamente, en caso de no ser cumplidas las normas se considera como traición al pacto. La pareja al compartir sus vidas experimentan la verdad de la convivencia y el contraste de la expectativa, siendo apropiada la repartición de funciones dentro del hogar, creando intimidad emocional y sexual.

□ **Creación del grupo familiar**

Comprende etapas como:

Matrimonio con hijos pequeños: incluye una nueva reestructuración de roles en la familia, desarrollando destrezas parentales (negociación, comunicación, protección responsabilidad, socialización). Según Minuchin (1984) los hijos deben poseer independencia para crecer e investigar desde un cuadro de protección y seguridad, donde los padres despliegan una autoridad flexible.

Matrimonio con hijos en edad escolar: en esta etapa de escolaridad, toda la familia se relaciona con el sistema escolar, surgen actividades y responsabilidades nuevas como deberes, dedicación, distribución del tiempo, calificaciones escolares y descanso (Minuchin, 1984).

Matrimonio con hijos adolescentes: relación familiar más flexible, delegando nuevas funciones y responsabilidades que den independencia a los adolescentes, exigiendo mayor responsabilidad a sus hijos por parte de los padres.

Matrimonio con hijos jóvenes en edad de emanciparse: para Cárter y McGoldrink (1989) cuando los jóvenes empiezan “abandonar” el hogar, los padres sufren el impacto de su ausencia, ahora los jóvenes adoptan habilidades e intereses extrafamiliares adecuados, en el que se van incluyendo socialmente y adquiriendo experiencia profesional.

□ **La segunda pareja**

Al emanciparse los jóvenes, la pareja de padres retornan a su relación, enfrentándose a etapas como la jubilación, fallecimiento de seres queridos, en

ocasiones deterioro psíquico y/o físico, invirtiendo el rol de cuidadores a ser cuidados. Al terminar el ciclo vital familiar, empieza uno nuevo con cada pareja en formación (Ochoa, 2004).

2.2.1.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Teófilo (2010), define a la funcionalidad familiar como el resultado de las aportaciones individuales de los miembros del sistema, transformadas en afectividad, en el que mejora la funcionalidad a medida en que sus vínculos emocionales se establecen en la familia.

La funcionalidad familiar esta vista desde una perspectiva emocional saludable, que incluye bienestar familiar, estructura, manera de resolver problemas, intercambio afectivo, reglas como límites, disciplina y valores, cumpliendo cada miembro con la función que su rol desempeña. Ackerman señala seis requisitos que cumple una familia funcional: la provisión de las necesidades básicas, ser el centro de vínculos afectivos, brindar identidad y seguridad familiar, promover identidad sexual y fomentar la creatividad, el aprendizaje e iniciativa propia (Martínez, 2012).

Según Villalobos (2009), Friedemann menciona que una familia funcional es una familia saludable que posee congruencia propia y controla la ansiedad; la funcionalidad familiar tiene procesos que permite a los miembros adaptarse a las condiciones antes mencionadas a través de estrategias de cambio, estabilidad, control, espiritualidad, crecimiento, cohesión, mantenimiento e individuación, logrando la homeostasis del sistema con el enfrentamiento a las crisis, el desarrollo del ciclo vital y el logro de sus objetivos para la realización familiar.

Olson (2011), a la familia funcional la clasifica en:

- a) Adaptabilidad del sistema (capacidad que tiene la familia para reestructurar su funcionamiento).
- b) Cohesión entre sus miembros (permanecer en unión o en vínculos familiares manteniendo un trabajo en grupo).
- c) Comunicación Familiar (contacto e interacción dentro del sistema).

Como la funcionalidad familiar representa la salud de la familia, su desenvolvimiento como prioridad social muestra ser el núcleo equilibrado de costumbres y valores que dan identidad a la familia como funcional, con su característica esencial de realizar cambios flexibles acordes a la necesidad que se presente. La familia es compleja por lo que se vincula a otros sistemas como el psicosocial, ecológico y biológico llevando internamente el desarrollo fundamental de bienestar y salud en la familia, procesando así un equilibrio entre necesidades, esfuerzos y recursos, provocando la unidad en el sistema. (Villalobos, 2009)

Una familia funcional es aquella capaz de establecer un entorno adecuado para el desarrollo de los miembros del sistema, son las familias que poseen características como:

- Flexibilidad
- Niveles de Cohesión
- Estrés
- Comunicación
- Emociones
- Conflictos
- Vínculos, etc.

El bajo nivel de disconformidad entre los miembros del sistema es otra característica relacionada a las familias funcionales, la discrepancia o disconformidad no es un valor firme sino que está en constante cambio a lo largo del desarrollo familiar, considerando que los niveles moderados de conflicto logran ser positivos en el desarrollo del ciclo vital familiar; estos desacuerdos en el sistema familiar están relacionados a la reestructuración en su organización de normas, de relaciones y de sus roles, donde se prueba las capacidades de flexibilidad del sistema y negociación familiar, es un preámbulo a lograr vínculos maduros entre los miembros del sistema familiar (González, Gimeno, Meléndez y Córdoba, 2012).

La salud de la familia funcional es el equilibrio social y biológico del sistema, influyendo en sus miembros en cuanto a su correcta interacción en el entorno social con más sistemas familiares. La funcionalidad familiar comprueba la adaptación a

los cambios constantes del sistema, el crecimiento individual de sus elementos, el contexto que influye en su desarrollo y la respuesta a estos aspectos antes mencionados. (Villalobos, 2009)

Virginia Satir precisa la funcionalidad familiar como familia nutridora y Otto la define como fuerza familiar yoica, cada miembro reconoce sus diferencias e individualidad, respetando sus áreas de autonomía. Una familia funcional no necesariamente debe estar completa, depende mucho de la sensación de identidad, seguridad (física y afectiva) y de pertenencia que se brindan entre sí, a pesar de sus conflictos mientras su manera de resolver problemas sea más efectiva y creativa mayor funcionalidad posee la familia (Martínez, 2012).

En síntesis Dealbert (2009), menciona que si hablamos de familia como sistema humano, con roles definidos y constantes cambios (crisis), hablamos de funcionalidad familiar. Para Minuchin, la familia funcional es un sistema natural que ha mantenido durante el tiempo vínculos de interacción, fortaleciendo sentimientos de pertenencia y apoyo en el desarrollo de los miembros afectivamente. Desempeñando funciones intrafamiliares (protección y desarrollo) y extrafamiliar (adaptación cultural y socialización).

2.2.1.2.1 Aspectos de la funcionalidad familiar

Según Casanova, Rascón, Alcántara y Soriano (2014), en su investigación familiar involucra cinco aspectos importantes, a saber:

1. *Adaptación:* es la capacidad de dar uso a los recursos intrafamiliares y extrafamiliares con el fin de procurar el bien común y la ayuda equitativa en momentos de necesidad.
2. *Participación:* enfoca la distribución de obligaciones y responsabilidades entre los miembros del sistema, compartiendo dificultades y tomando decisiones adecuadas en temas como finanzas, salud y dificultades personales.
3. *Crecimiento:* trata de la madurez física y emocional, reacción y autorrealización de los miembros del sistema con apoyo mutuo.

4. *Afecto*: determina el vínculo de cuidado y expresión de amor, ira y dolor entre los miembros del sistema.
5. *Resolución*: representa la determinación o compromiso de la familia para compartir espacio, tiempo y recursos, sobretodo económicos.

2.2.1.3 DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

La disfuncionalidad familiar es la incapacidad del sistema para transformar sus etapas de cambio, adaptabilidad y cohesión, comprendiendo que la familia es un sistema y los miembros son elementos del mismo, sus conductas y desarrollo personal son afectados entre sí (Villalobos, 2009). Según Gonzales (2012), una familia disfuncional tiene conflictos sin resolver, mala conducta y en varias ocasiones violencia por parte de los mismos miembros que conforman el sistema, la disfuncionalidad en una familia por lo general es producto de personas afectadas por adicciones (alcohol, sexo, drogas, etc.), si se realiza estos actos continuamente, que es factible, provoca que la familia se acomode a estas acciones y conforman una disfuncionalidad.

La disfuncionalidad hace mención a los trastornos que causan disminución en el funcionamiento normal del sistema familiar, puede representarse por agresión, ausencia de afecto y bienestar, dolor, violencia, deterioro familiar, causando una probable desintegración; se oculta el enojo, la tristeza y la frustración expresadas únicamente de manera indirecta, aumentando la tensión familiar (Martínez, 2012).

La disfunción familiar se produce por creencias, perturbaciones, sintomatología individual, falta de afinidad y estresores durante el desarrollo del ciclo vital familiar.

Hunt (2007) muestra dos definiciones acerca de una familia disfuncional:

- La familia disfuncional es la que mantiene un comportamiento inmaduro o inadecuado, donde se inhibe el desarrollo de la independencia y la capacidad de relacionarse saludablemente entre miembros del sistema.
- La familia disfuncional es la que se encuentra con sus miembros enfermos emocional, espiritual y psicológicamente.

Por lo tanto, es fundamental que los padres tengan estabilidad psicológica y emocional para el buen funcionamiento y salud del sistema. Una familia disfuncional “no funciona”, es decir, el rol que le atribuye la sociedad no se cumple en el sentido que su funcionamiento es incorrecto (Pérez y Reinoza, 2011).

2.2.1.3.1 Reacciones de las familias disfuncionales

Para Rivadeneira y Trelles (2013), puntualiza reacciones de los sistemas disfuncionales debido a la irresponsabilidad e inmadurez, como:

- Ausencia de roles
- Contradicciones entre padres al asignar actividades a sus hijos
- Falta de dialogo en el sistema
- No hay respeto entre si
- Escaso aprecio y cariño
- Manifestación de indiferencia y peleas
- No se solucionan problemas
- Insatisfacción de las necesidades emocionales de cada uno
- Coexiste envidias, celos y reproches.

2.2.1.3.2 Tipos de Familia Disfuncional

Existen varias categorizaciones de las familias disfuncionales de los cuales tomaremos los cuatro ejemplos de Gonzáles (2012), para entender el panorama de la disfuncionalidad familiar.

1. De adicciones

El tema de adicción en una familia es muy amplio puesto que las adicciones pueden ser a sustancias químicas ilegales (marihuana, cocaína, etc.), sustancias químicas legales (tabaco, alcohol, azúcares, medicamentos) y adicciones atípicas (internet, televisión, fornicación, comida, etc.); el hecho de que exista una de estas adicciones en uno de los miembros es un patrón que afecta a toda la familia (Gonzales, 2012).

Dentro de este tipo de familias adicto-génicas, es probable que otro miembro del sistema adquiera una adicción y por ende vuelve un problema de adicción a todos los miembros de la familia, en los que para poder salir de ellos se debe romper los círculos viciosos en los que viven (Rivadeneira y Trelles, 2013).

2. De desórdenes mentales

Este segundo tipo de familia disfuncional posee conductas disruptivas, como antisocialidad, depresiones y psicopatías; por lo general en una familia con esta disfuncionalidad trata de ignorar y cubrir este tipo de dificultades, es complicado para el sistema admitir una disfuncionalidad grave como es esta (Rivadeneira y Trelles, 2013).

Este caso en su mayoría lleva a la familia a un aislamiento de la sociedad, en algunos casos los miembros del sistema intentan huir del hogar, dentro de este tipo de conductas disruptivas se puede encontrar las violaciones, la delincuencia, el asesinato, etc., que incluye por ende a todo el sistema familiar (Gonzales, 2012).

3. Por abuso

Para Gonzales (2012), este tipo de disfuncionalidad familiar conlleva violencia de tipo sexual, psicológico o físico, en su mayoría se piensa que el abuso solo es de forma sexual pero la mayor parte es psicológico (amenazas, manipulación, agresión verbal, rechazo, etc.). Si el abuso es sexual dentro del mismo sistema, aunque el resto de los miembros no tengan conocimiento del hecho, de igual manera la familia es afectada por las consecuencias que este abuso conlleva ya sea de la víctima o del agresor.

4. De irrealidad

Según Rivadeneira y Trelles (2013), en este tipo de familia existe un comportamiento neurótico; al hablar de ser neurótico se refiere a negar la realidad o aunque no niegue la realidad en la que vive, la ignora totalmente; dentro de esta neurosis familiar encontramos la histeria, las neurosis obsesivas, de angustia y las fóbicas.

2.2.1.4 VIOLENCIA

La Organización Mundial de la Salud (2002) en su informe mundial sobre violencia y salud menciona que la violencia ha sido considerada como un tema de salud pública por falta de una clara definición del problema, en los distintos países la amplia complejidad de códigos morales imperantes hace que la violencia sea una cuestión difícil de abordar, es complicado por el hecho de lo que para unos es un comportamiento aceptable para otros constituye un daño, siendo definida e influida por la cultura a la que se someten con sus propias normas sociales y valores. Así la violencia puede interpretarse de varias maneras.

La OMS (2002) precisa a la violencia como:

“El uso premeditado del poder o de la fuerza física, ya sea en calidad afectiva o de amenaza, contra otra persona, uno mismo, una comunidad o grupo, que produzca o tenga varias posibilidades de ocasionar lesiones, daños psicológicos, muerte, privaciones o trastornos del desarrollo”.

Dentro del enfoque sistémico la violencia es considerada como un conflicto familiar que trae consigo consecuencias en la víctima, produciendo cambios afectivos, conductuales y psicológicos, resaltado en algunas investigaciones síntomas predominantes como: la depresión, la baja autoestima, el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad excesiva, los trastornos alimenticios, el abuso y dependencia a sustancias, las alteraciones del sueño, intimidación y los problemas crónicos de salud (Zapata, 2010).

Usualmente se confunde a la violencia con el concepto de agresividad, la misma que se utiliza para defensa de su propio territorio, a diferencia de la violencia que corrompe los límites propios y la de los demás, invadiendo el vínculo y tornando confuso los límites destruyéndose a sí mismo y al otro. De esta aclaración se define al acto violento como cualquier atentado a la integridad psíquica y física de la persona, acompañado de un sentimiento de coerción y peligro (Perrone y Nannini, 2000).

Castro y Riquer (2006) definen la violencia recalcando los rasgos que perpetúan y mantienen la subordinación especialmente femenina, tanto en el entorno intrafamiliar como en el social.

El Instituto Nacional de las Mujeres (2008) menciona que entre hallazgos de investigaciones nacionales e internacionales de Castro y Riquer podemos rescatar ciertas conclusiones acerca de violencia:

- La violencia dentro de la familia es tan grave como la violencia causada por extraños
- La violencia psicológica, sexual y física son cometidas por hombres en contra de mujeres en su mayoría
- Si la violencia es producida por la pareja, se evidencia agresiones desde los inicios de la relación inclusive desde el noviazgo

2.2.1.4.1 Causas de la violencia

La causa más relevante dentro de la violencia según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010), es que desde tiempos remotos la violencia fue usada como mecanismo de resolución de conflictos entre naciones y grupos de personas, llevando a su interpretación como un acto o rasgo inevitable de la conducta humana, por lo tanto es un comportamiento aprendido que tiene sus orígenes en la cultura, especulando que es una manera de reducir los conflictos y así se ha transmitido de generación a generación principalmente a través de la familia acompañado de información a través de la educación, sociedad o los medios de comunicación.

La violencia es parte de la actual realidad social, en los diferentes contextos políticos, geográficos y culturales, todas las personas independientemente de su situación económica, etnia, edad y sexo son objeto de violencia en sus variadas expresiones cotidianas, está presente en las escuelas, en el trabajo, en las calles así como en los hogares (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010).

2.2.1.4.2 Factores de la violencia

Para comprender los factores de violencia se toma en cuenta un modelo ecológico que tiene sus orígenes del enfoque sistémico por ser el ser humano parte de un sistema donde su desarrollo y desempeño están rigurosamente vinculados a las condiciones del entorno, pues los elementos que conforman un sistema son interdependientes. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010), ilustra estas interdependencias, interacciones e interrelaciones entre cuatro niveles para la comprensión del sistema y el entorno de la violencia especialmente a la mujer.

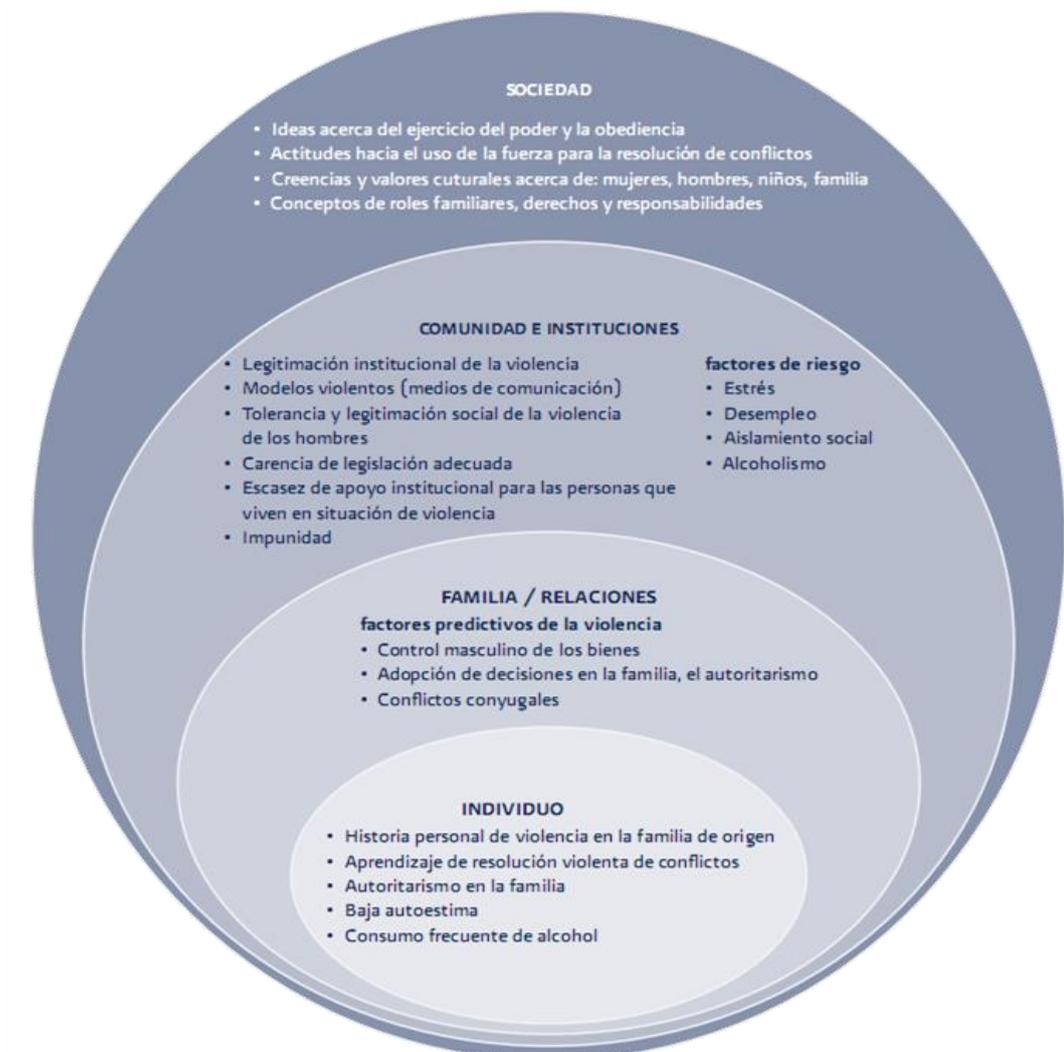


Gráfico 8: Modelo ecológico de factores de la violencia contra las mujeres

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010)

2.2.1.5 TIPOS DE VIOLENCIA

Según la OMS (2002), por la complejidad y diversidad de los actos violentos que provoca apatía e impotencia se requiere un análisis profundo que separe los enredos para aclarar la naturaleza de este conflicto, es escaso encontrar este tipo de clasificación, por su amplia generalidad y perspectiva holística. La violencia se divide en tres amplias categorías según el autor del acto violento y a su vez cada categoría se subdivide en tipos de violencia mucho más específicos:

- **Violencia autoinfligida:** es la violencia ejecutada hacia sí mismo, percibe las autolesiones (automutilación) y las conductas suicidas.

Comportamiento suicida: inicia a partir de un simple pensamiento suicida hasta el planeamiento de quitarse la vida, buscar los medios, intentos autolíticos y consumación del acto. Existe varias personas que tienen pensamientos suicidas pero no consuman el acto atentando contra su vida o personas que intentan suicidarse sin la intención de morir.

- **Violencia interpersonal:** violencia por parte de otro individuo o grupo pequeño de individuos dividido en dos subcategorías:

Violencia de pareja e intrafamiliar: se origina entre compañeros sentimentales o dentro del sistema en el que conviven en el mismo hogar aunque no necesariamente. Abarca formas de violencia como maltrato infantil, violencia de género, y maltrato a las personas de la tercera edad.

Violencia comunitaria: se produce entre personas que no se relacionan entre si conocidas o no pero generalmente se encuentran fuera del sistema familiar. Incluye violencia juvenil, violaciones, agresiones sexuales por parte de extraños, actos violentos fortuitos y violencia desarrollado en lugares estratégicos (escuelas, trabajo, residencias, etc.).

- **Violencia colectiva:** violencia por un grupo más amplio como organizaciones, grupos políticos, etc. Se usa como herramienta de la violencia por personas que se identifican como miembros de una organización o grupo de individuos con objetivos económicos, políticos o

sociales. Entre ellos podemos encontrar violación de derechos humanos, genocidio, represión, crimen organizado, terrorismo, etc.

Esta clasificación toma en cuenta la naturaleza de la violencia y pueden ser físicos, sexuales, psicológicos o basados en el abandono o privaciones (OMS, 2002).

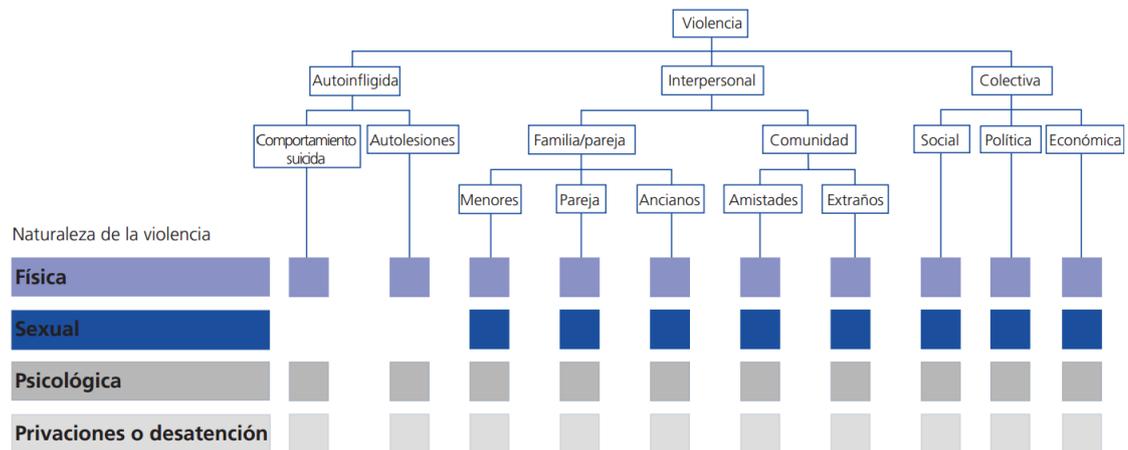


Gráfico 9: Clasificación de la violencia

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2002)

2.2.1.5.1 Formas de Violencia

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2003), de los tipos de violencia antes mencionados según el autor del acto violento dividimos las formas de consumación de la violencia, así:

- **Violencia física:** lesiones corporales infligidas intencionalmente como golpes, agresiones con armas, quemaduras, etc.
- **Violencia psicológica:** son humillaciones, críticas exageradas y públicas, desvalorizaciones, lenguaje soez y humillante, aislamiento social, culpabilizaciones, control del dinero, restringir la tomar de decisiones, etc., y que incluyen también las privaciones o desatención.
- **Violencia sexual:** sucesos que atentan contra los derechos sexuales y libertad de la persona lesionando su dignidad como violación, abuso, relaciones sexuales forzadas, etc.

Este último concepto encierra todas las formas de coerción sexual como: el hostigamiento, la imposición forzosa a determinadas prácticas sexuales como la exposición a pornografía o el manoseo, comprende además acciones que obligan a una persona a participar de actos sexuales sin su consentimiento, incluye la violación que puede o no incluir el uso de alcohol o drogas, el sexo forzado hasta por motivos económicos, el incesto, el tráfico en la industria del sexo, el embarazo forzado incluyendo las relaciones sexuales dentro del matrimonio (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010).

Para el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010), la violencia sexual se concreta con el uso de la violencia psicológica y física, para penetrar los orificios vaginal, anal u oral de una persona sin tener su consentimiento, tomando en cuenta que un ataque sexual no necesariamente requiere de penetración, estos actos como pueden ocurrir por única vez o como puede ser continuamente.

2.2.1.6 VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR

Para Pavón y Santamaría (2010), la violencia sexual dentro del sistema familiar constituye todo maltrato a la sexualidad de un individuo obligado a realizar prácticas sexuales o mantener relaciones con el agresor por medio del uso de la fuerza física, amenaza, intimidación u otros medios represivos.

En tiempos pasados a la violencia sexual intrafamiliar se la analizaba desde la perspectiva de la víctima, sin profundizar en la importancia del contexto social que lo rodeaba ni la responsabilidad del abusador, por lo tanto se trataba a las víctimas como enfermos y responsables de su dolor. Al pasar las generaciones se ha logrado comprender las traumáticas consecuencias y síntomas de la violencia, siendo así la terapia sistémica un modelo de tratamiento en el funcionamiento de la familia al entender a la violencia sexual intrafamiliar como un riesgo profundo en el contexto familiar (Garrido y García-Cubillana, 2000).

La OMS (2013), define a la violencia sexual intrafamiliar como actos que van desde el acoso verbal, tentativa de consumir un acto sexual, insinuaciones sexuales no deseadas, hasta la penetración forzada que viene en conjunto de una variedad de

tipos de coacción (intimidación a la fuerza física, extorsión, amenazas y la presión social) incluidos en el hogar o sistema familiar. La violencia sexual intrafamiliar puede comprenderse como un conflicto adherido en un sistema social con creencias culturales y tabúes que han determinado la forma de ser de las personas y el estilo de interacción, el contacto próximo a una persona violentada sexualmente, es la familia y es donde principalmente se vive la violencia sexual, ocasionando daños físicos y psicológicos en la víctima dejando de ser un fenómeno individual y pasando a ser un fenómeno interaccional afectando todo el sistema (Pavón y Santamaría, 2010).

2.2.1.6.1 Ciclos de la violencia sexual intrafamiliar

El Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe (2000), ha analizado tres ciclos por la que pasa la familia que sufre de violencia sexual, es el mismo ciclo de violencia intrafamiliar que usualmente se conoce pero aplicada a la característica sexual que requiere esta investigación:

□ Tensión

Este primer ciclo se incluye en todos los tipos de violencia no específicamente en la sexual. El ambiente que se torna en la familia es de reclamos a falta de atención, dificultades económicas o laborales, cansancio, frustración, etc., hechos que pueden desencadenar actos de violencia, es la etapa donde la familia aún se encuentra en posibilidades de diálogo y prevención a cualquier tipo de violencia posible (CREFAL, 2000).

□ Agresión

Al romperse el equilibrio en el sistema familiar se pierde automáticamente el control provocando la violencia, en este caso sexual; el agresor luego de cometido el acto justifica su reacción culpabilizando a la sustancia ingerida (alcohol, drogas) o a la víctima, usualmente mencionando haber sido provocado por la misma, la víctima se encuentra sin concebir lo sucedido con sentimientos de culpa, vergüenza

y soledad lo que le impide compartir o buscar ayuda para su defensa (CREFAL, 2000).

□ **Reconciliación**

Esta etapa es muy común en el agresor, demostrando un aparente arrepentimiento, reconociendo su culpabilidad usualmente usando la frase “perdí el control”, promete jamás volver hacerlo, mientras la víctima confía en que puede cambiar, por el hecho de encontrarse dentro de su sistema familiar, pero nuevamente empieza el ciclo de la violencia sexual puesto que el agresor busca la satisfacción de sus deseos sexuales con la repetición del acto cometido, transformándose en una constante, que destruye el sistema familiar (CREFAL, 2000).

2.2.1.6.2 Consecuencias de la violencia sexual intrafamiliar

La violencia sexual intrafamiliar aparte de ser un quebrantamiento de los derechos humanos produce consecuencias que deterioran significativamente el bienestar sexual, físico, reproductivo, mental, psíquico y social de las víctimas y del sistema familiar en el que se desenvuelven (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Estas consecuencias son a corto y largo plazo sobre la salud de quien padece este conflicto, incluyendo:

Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo no deseado • Traumatismo ginecológico • Aborto inseguro • Infecciones de transmisión sexual (VIH) • Disfunción sexual • Fistula traumática
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de estrés postraumático • Ansiedad • Depresión • Síntomas somáticos • Dificultades del sueño • Trastorno de pánico • Comportamiento suicida
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo mayor de consumir (hombres) o de sufrir (mujeres) violencia sexual posteriormente

	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos de alto riesgo (relaciones sexuales sin protección, iniciación de vida sexual a temprana edad, múltiples compañeros íntimos, abuso de sustancias como alcohol y drogas)
Resultados mortales	<p>Muerte por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones del embarazo • Suicidio • SIDA • Aborto inseguro • Asesinato durante la violación • Infanticidio de un niño como resultado de una violación

Tabla 2: Consecuencias de la violencia sexual para la salud de la mujer

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2013)

Elaborado por: Andrea Solis

2.2.1.6.3 Factores de riesgo intrafamiliar para violencia sexual

Según CHF International (2007), menciona ciertos factores de riesgo que encontramos en la familia y que puede desencadenar violencia sexual dentro del sistema, como:

- Abuso de alcohol o drogas
- Paternidad o maternidad irresponsable
- Conflictos familiares
- Ausencia de padres (inmigración)
- Desigualdad de roles (dominación del agresor)
- Castigos severos o inconscientes
- Discriminación de un miembro del sistema por los demás (puede ser la víctima precisa para que el agresor lleve su acto por falta de atención de los demás).

2.2.2 SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA

2.2.2.1 SALUD

Definir la salud es complicado, como la mayoría de conceptos generales como libertad, justicia y paz, de igual manera la salud presenta grandes dificultades en cuanto a su definición y la más aproximada en el medio que nos desenvolvemos es que “la ausencia de enfermedades es salud”, así la OMS puntualiza la palabra salud no simplemente como ausencia de enfermedad sino como bienestar completo, mental, físico y social; el inconveniente de esta ilustración está en manifestar qué es en sí el bienestar en una persona (Oblitas, 2008).

2.2.2.1.1 Contextos de la salud

Según Gavidia y Talavera (2012), la salud en general es definida dependiendo el contexto que lo requiera, a saber:

1. *Contexto medico asistencial*: definida de acuerdo a las necesidades de los profesionales de salud dedicados a la asistencia, predominando aspectos curativos y pragmáticos, su paradigma es la atención personalizada a enfermos y la salud es entendida como la ausencia de enfermedad.
2. *Contexto de los pacientes*: determinada por personas que padecen una enfermedad desde el punto de vista de su dolencia definiendo a la salud como la recuperación de su “normalidad” y adaptación a su vida social.
3. *Contexto sociológico*: lo precisa una sociedad como una totalidad que busca comprensión e interacción, en la que la salud es el estado de los individuos en que pueden funcionar eficientemente en su desempeño al rol social correspondiente.
4. *Contexto económico y político*: desde el punto de las necesidades económicas el uso del término salud se refiere a mantener un bien económico y a nivel político es concebida como fundamento de libertad, democracia, seguridad, igualdad o estabilidad política.
5. *Contexto filosófico y antropológico*: considerado por la concepción global de la humanidad la salud es el estado propio del ser humano, que puede

especificarse por un estilo de vida autónomo, responsable con capacidad de desarrollar valores.

6. *Contexto ideal y utópico*: influido por la ideación acerca de la calidad de vida integral y la felicidad plena, incluyendo a la salud aspiraciones, deseos, potencialidades y realizaciones espirituales personales.

Contexto Social	Concepto de Salud
Existencias de enfermedades infecto-contagiosas. Peligro de Epidemias	Ausencia de enfermedades e invalides.
Desarrollo del Psicoanálisis. Final de la 2da Guerra Mundial.	Bienestar físico, mental y social.
Desarrollo de la ecología. Concentraciones humanas grandes por la industrialización.	Equilibrio con el entorno y adaptación al mismo. Capacidad de funcionamiento.
Predominio de las enfermedades crónicas. Desarrollo de las ciencias de la educación.	Salud conductual, como estilo de vida.
Incapacidad del Estado en mantener los gastos sanitarios y velar por el mantenimiento de la salud de los ciudadanos.	Salud holística, integral. Salud como desarrollo personal y social.

Tabla 3: Trayectoria y aportaciones que han ido conformando el concepto de salud

Fuente: Gavidia y Talavera (2012)

Elaborado por: Andrea Solis

2.2.2.1.2 Salud y psicología

Oblitas (2008), menciona que existen algunos factores que produce el interés en los psicólogos a un acercamiento teórico y clínico más específico sobre su tipo médico de enfermedad y salud, como:

- El precio elevado para la salud y sus cuidados
- Acentuar la calidad de vida que se ofrece
- Prevalencia que cambia en las enfermedades infecciosas y crónicas

Piña y Rivera (2006) destacan algunas de las definiciones explicadas por varios profesionales en psicología para la salud en el transcurso del tiempo, de los que podemos destacar:

Autor	Definición
Stone	La psicología a la salud comprende conceptos de disminución de problemas surgidos en el sistema de salud.
Matarazzo	La psicología agrega a la salud como el mantenimiento de la prevención y el tratamiento de una enfermedad y disfunciones relacionadas.
Torres y Beltrán	La salud debe ser comprendida como una actividad profesional que influye en aspectos de la esfera psicológica (concepciones, actitudes, conductas, hábitos, valores, etc.) facilitando así el vínculo entre salud y población, para una mejor identificación y solución de conflictos que aquejan a la salud.
Bloom	La psicología mira a la salud como un estudio profundo de la conducta, actitudes, ideas y creencias equilibradas en el individuo.
Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe	La salud según la psicología debe estar interesada en la relación biológica, psicológica y social de la mente y el cuerpo para el sostenimiento de salud.
Rodríguez y Palacios	El área que transgrede en la conducta particular de las personas y de sus sociedades, es la salud, para su mantenimiento, cuidado y promoción así como estilo de vida.
Carrobbles	Es una especialidad de la psicología centrarse en las dificultades de la salud, sean internos o físicos, con el objetivo de rehabilitar y prevenir, agregando el equilibrio en el comportamiento como determinante principal para la salud.
Morales	Salud, debería ser entendida como una rama aplicada de la psicología que estudia el comportamiento de salud-enfermedad, haciendo énfasis en cada proceso psicológico para mantener la salud y evitar el riesgo de enfermar.

Tabla 4: Definiciones sobre psicología y salud

Fuente: Piña y Rivera (2006)

Elaborado por: Andrea Solís

En enfermedades como la diabetes, el cáncer, el VIH, etc., los psicólogos trabajan en conjunto con otros especialistas de la salud combinando terapia psicológica con los tratamientos médicos normales, al referirse a la salud las personas generalmente lo relacionan solo con aspectos físicos y raramente se toma en cuenta los factores

conductuales y psicológicos aunque se debería tratarlos así como los aspectos económicos, sociales, espirituales y culturales; los factores psicológicos influyen en la salud, los sentimientos y las emociones pueden tener efectos positivos y negativos para el bienestar físico de una persona si se brinda asistencia en los sentimientos de afecto y apoyo pueden ayudar a disminuir situaciones estresantes (Oblitas, 2008).

2.2.2.2 SALUD MENTAL

La salud mental es un estado de bienestar en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, afrontando las dificultades normales de la vida, puede trabajar fructifica y productivamente siendo capaz de hacer una contribución a su colectividad (OMS, 2001).

Para Hurrell, Murphy, Sauter y Levi (2010), definen a la salud mental como:

- Un *estado* de bienestar psicológico y social de las personas en medio de un entorno sociocultural con estados de ánimo y afectos positivos (satisfacción, comodidad y placer) o negativos (depresión, insatisfacción y ansiedad).
- Un *proceso* característico de una conducta de afrontamiento, como luchar por conseguir autonomía, independencia (ambos aspectos clave de la salud mental).
- El *resultado* de un proceso, asociándose a las *características de la persona* como “estilos de afrontamiento”: la competencia (el dominio, la autosuficiencia y el afrontamiento eficaz) y la aspiración que son características de una mentalidad sana, interesada por su entorno, participando activamente buscando su propia proyección.

Así que la salud mental no es solo un proceso o una variable de resultado, sino que es una variable independiente, una característica personal que influyen en el comportamiento.

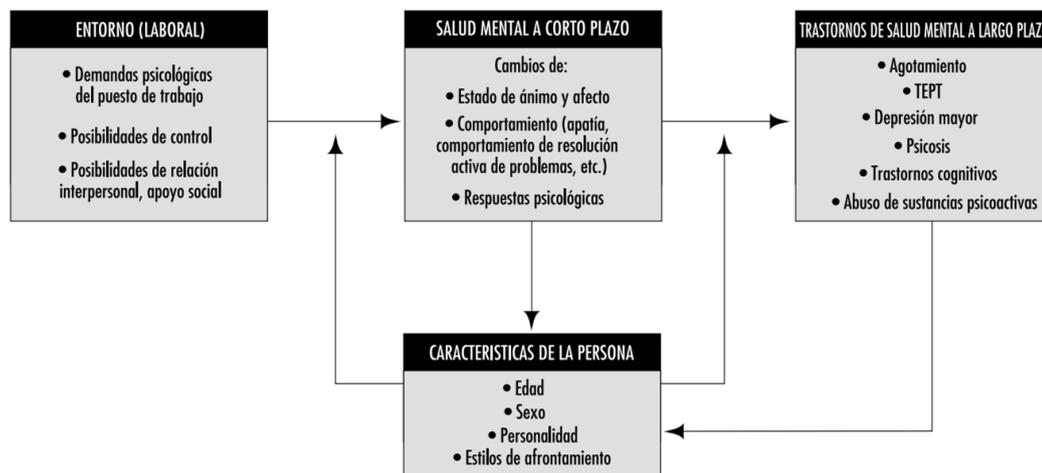


Gráfico 10: Un modelo para la Salud Mental

Fuente: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo (2010)

2.2.2.2.1 Factores de la salud mental

En el informe de la OMS (2004), la salud y las enfermedades mentales están determinadas por factores psicológicos, biológicos y de interacción social, su evidencia se encuentra en que las enfermedades mentales en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo lo asocian con pobreza, bajos niveles de instrucción, pocos ingresos económicos y malas condiciones de vida, pero al explicar la falta de salud mental en factores podemos determinar:

- La experiencia de vivir en desesperanza e inseguridad
- Los bruscos cambios sociales
- Riesgos de violencia
- Problemas de salud física

Estos factores pueden atentar sobre la conducta y el bienestar de una persona en especial la violencia, que incluye en su mayoría el consumo de sustancias y por ende problemas de salud física y mental que son difíciles de afrontar en la familia.

2.2.2.2.2 Importancia de la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (2004), señala que la salud mental contribuye en todos los aspectos de la vida humana con valores insustanciales o intrínsecos y

sustanciales para el individuo, la cultura y la sociedad; la salud mental se relaciona recíprocamente con el bienestar y el desarrollo productivo de una sociedad y sus miembros, su importancia podemos encontrarla en diversas formas:

- La salud mental es esencial para el funcionamiento y bienestar de las personas.
- Una buena salud mental es un recurso de importancia para las personas, familias, comunidades y naciones.
- La salud mental como parte inseparable de la salud general, aporta a las funciones de la humanidad con un efecto productivo.
- Se genera en todo el trayecto de vida diaria, escuela, casa, trabajo y recreación.

Así la salud mental puede considerarse como recurso individual que mejora la calidad de vida, una característica de mantener buena salud mental es la capacidad de mantener relaciones satisfactorias y duraderas mutuamente (OMS, 2004).

2.2.2.3 PSICOPATOLOGÍA

“Rama de la psicología que estudia los trastornos mentales” (Diccionario Enciclopédico de Medicina, 2000).

Etimológicamente su definición la podemos aclarar desde la *patología* (del griego “patos” que significa afección, enfermedad, dolencia y “logos” es estudio o tratado) es la parte de la medicina que trata o estudia las enfermedades; en el ámbito de la psicología y psiquiatría se entiende por *psicopatología* a la ciencia que estudia los acontecimientos psicológicos que presentan rasgos patológicos, tomando como objeto tanto las funciones psíquicas alteradas llamándolas “enfermedades mentales” (Samat, 2012).

Desde el enfoque sistémico, al resaltar la influencia entre miembros de un sistema se describe a la psicopatología como consecuencia de las perturbaciones en los vínculos de interacción y relación intrafamiliar, a pesar de la variedad de teorías desde la perspectiva familiar, todas comparten la importancia en la atención de la

dinámica familiar y por ende sus interacciones entre los miembros del sistema (Gómez, 2013).

Samat (2012), menciona algunas definiciones relevantes de psicopatología de ciertos autores:

- *Lorenzini*: la psicopatología es parte de la psicología, estudia las diversas enfermedades y perturbaciones de las funciones mentales, estas perturbaciones constituyen a su vez los síntomas de algunas enfermedades mentales de las que dependen.
- *Mondzain*: etimológicamente la psicopatología es el ‘estudio de las dolencias del alma’ y la define como la ciencia que toma su objeto de la psiquiatría y su espíritu de la psicología.
- *Paz*: psicopatología constituida como campo cuando una relación humana se torna problemática, como disciplina teórica, al construir sistemas conceptuales con conducta anormal definido por un criterio social.

Ah manera de resumen, la psicopatología es el estudio de los trastornos mentales con la comprensión de la enfermedad mental y su variedad de síntomas que acarrea (Gamboa, 2007).

Según Anónimo (2011) actualmente a la psicopatología se la comprende por ser una ciencia que se construye interdisciplinariamente, su objeto es el estudio de la conducta anormal y sus objetivos están direccionados a:

- Describir, observar y clasificar el comportamiento patológico
- Explicar los factores que afectan a su desarrollo y mantenimiento
- Buscar las causas del comportamiento patológico
- Pronosticar la conducta patológica (el curso de los trastornos).

2.2.2.3.1 Características de la psicopatología

Según Vallejo (2011), la psicopatología posee aspectos diferenciales que lo especifican:

- La psicopatología tiene por objeto el establecer conceptos generales y reglas
- Es una ciencia en si misma
- Al ser humano lo va descomponiendo en funciones psíquicas (memoria, percepción, conciencia, etc.), con el fin de estudiar las leyes que rige cada una de ellas en conjunto de las funciones intrapsíquicas.

2.2.2.4 SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Todo síntoma en lo esencial es un precipitado de significaciones en diferentes dimensiones de la vida humana como: historia infantil, sufrimiento psíquico, dificultades intersubjetivas (familia o pareja), fracaso social, desamparo, ruptura con la realidad consensual manifestándose con un malestar que no se le puede atribuir a una relatividad absoluta porque puede ser biológica, psíquica o socio-cultural (Tubert, 2001).

2.2.2.4.1 Tipos de sintomatología clínica psicológica

Para esta clasificación se ha tomado como referencia la escala de sintomatología clínica psicológica del SCL-90-R obteniendo los siguientes tipos:

2.2.2.4.1.1 Somatizaciones

La somatización, es el transcurso en el que los individuos expresan y distinguen una molestia emocional por medio de indicios físicos, desde el punto de vista psicológico es un mecanismo de defensa inconsciente en el que la persona sin planearlo, e involuntariamente transforma en síntoma físico la molestia emocional, desorientando la atención del malestar psicológico que causa ansiedad (Muñoz, 2009).

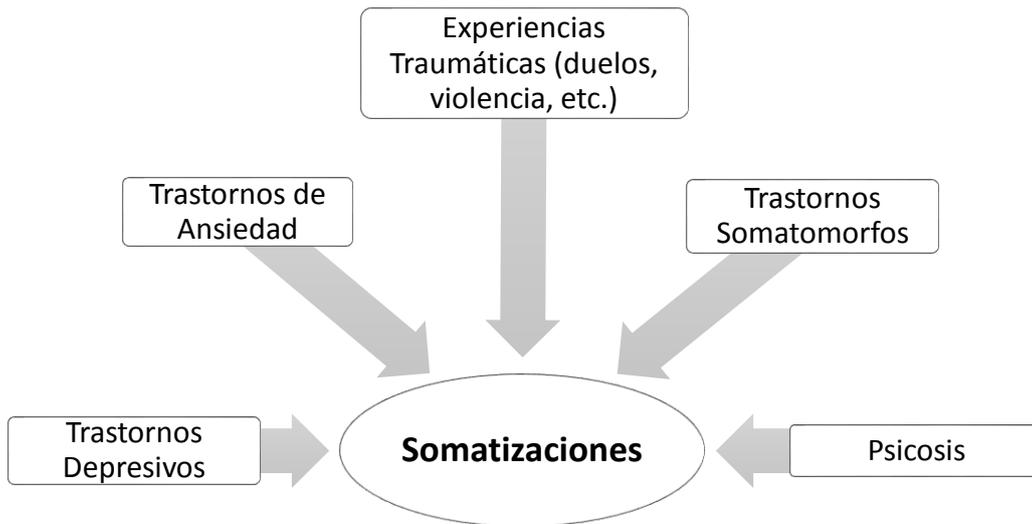


Gráfico 11: La somatización como síntoma

Fuente: Muñoz (2009)

Elaborado por: Andrea Solís

Según Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que en las somatizaciones existe la presencia de malestares que el individuo percibe y está relacionado con diversas disfunciones corporales como las gastrointestinales, respiratorios y cardiovasculares, y tales la evalúa en su instrumento.

Características de las somatizaciones

Según el CIE-10 (2003), los síntomas de las somatizaciones pueden afectar cualquier sistema o parte corporal, pero entre las principales características sintomatologías tenemos:

- Molestias gastrointestinales (regurgitación, vómito, dolor, meteorismo, nauseas, etc.)
- Molestias dérmicas (hormigueo, comezón, quemazón, entumecimiento, prurito, dolorimiento, enrojecimiento, etc.)
- Las quejas sexuales y menstruales también son frecuentes.

2.2.2.4.1.2 Obsesiones - Compulsiones

Las *obsesiones* son impulsos, pensamientos o imágenes persistentes y recurrentes inapropiados que causan malestar o ansiedad, pueden incluir: dudas repetitivas, impulsos de carácter horrendo o agresivo, contaminación, necesidad de orden, contenido religioso, imágenes sexuales y acumulación. Las *compulsiones* son actos que no están dirigidas a brindar placer sino a reducir el malestar o prevenir alguna situación o acontecimiento temido, pero no neutraliza o previene (sino que aumenta) y son claramente excesivas (Bados, 2005).

Para Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que incluye síntomas en las obsesiones y compulsiones que se igualan al trastorno clínico de igual nombre, por sus pensamientos, impulsos y acciones que son vivenciados como no deseados o complicados de evitar.

Características de las obsesiones-compulsiones

Según el CIE-10 (2003), menciona que los síntomas obsesivos-compulsivos deben tener las siguientes características:

- Pensamientos o impulsos propios
- Resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos
- La idea o realización del acto no deben ser en si misma placenteras, es un 'simple' alivio de la tensión o ansiedad
- Los pensamientos, impulsos o imágenes son molestos y reiterados.

2.2.2.4.1.3 Sensibilidad interpersonal

Es la capacidad para comprender la situación, emociones y necesidades de los demás, respondiendo a sus pensamientos, intereses o sentimientos a pesar de no ser expresados o mencionados parcialmente, posee un conjunto de conductas interpersonales como actitudes, sentimientos, opiniones, deseos o derechos acorde a la situación en la que se encuentre el individuo, minimizando la probabilidad de futuros problemas (Zafrilla y Laencina, 2011).

Para Goleman (1998), quien posee sensibilidad interpersonal puede ser capaz de: tener habilidades de comunicación, influencia, liderazgo, provocación al cambio, resolución de conflictos, habilidades en equipo, colaboración y cooperación.

Elementos de la sensibilidad interpersonal

Zafrilla y Laencina (2011), menciona que la sensibilidad interpersonal se divide en elementos componentes específicos, así:

- Conductuales (componentes de comportamiento)

Son conductas directamente observables relacionados con la comunicación no verbal de la persona como la mirada, la expresión gestual, la postura corporal, los componentes verbales (comentarios positivos, expresiones de atención, refuerzos verbales, hacer preguntas, humor, etc.), los componentes paralingüísticos (entonación, volumen de voz, timbre, fluidez, etc.), la sonrisa, la proximidad o distancia establecida, la apariencia personal o el contacto físico entre otros (Zafrilla y Laencina, 2011).

- Pensamientos (componentes cognitivos)

Las percepciones, su valoración y pensamientos desarrollados como consecuencia de dicha valoración son el núcleo principal de factores cognitivos, indudablemente el contexto social influye en el desenvolvimiento al generar valoraciones, percepciones y pensamientos específicos en función de los acontecimientos, los más significativos son las expectativas de autoeficacia, la percepción interpersonal o social, las expectativas positivas de las consecuencias de una conducta, autoestima, autoinstrucciones adecuadas, preferencias y valores subjetivos, etc. (Zafrilla y Laencina, 2011).

Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que la sensibilidad interpersonal se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inadecuación e inferioridad, en especial cuando el individuo se compara con quienes la rodean.

2.2.2.4.1.4 Depresión

Es un síndrome o agrupación de síntomas afectivos, es una esfera de emociones o sentimientos (decaimiento, irritabilidad, tristeza patológica, malestar, impotencia, etc.) aunque en mayor o menor grado también se presenta síntomas de tipo volitivo, cognitivo incluso somático, se puede decir que ocurre una afectación global psíquicamente con gran énfasis en la esfera afectiva (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006).

Hace referencia a una extensa gama de problemas en salud mental representada por ausencia de afectividad positiva, bajo estado de ánimo y una variedad de síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales asociados (García, Noguera, Muñoz y Morales, 2011). Según Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que en la depresión es un trastorno de estado de ánimo disfórico, poca energía vital, falta de motivación, ideaciones suicidas y sentimientos de desesperanza.

Características de la depresión

El CIE-10 (2003), menciona que la depresión varía difícilmente de un día a otro sin responder a cambios ambientales, su estado de ánimo se encuentra alterado y en algunos casos puede estar enmascarada por otros síntomas, como: irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de sustancias (alcohol, drogas, etc.), síntomas obsesivos, exacerbación de fobias o preocupaciones hipocondriacas, trastornos del sueño, pérdida de apetito, pensamientos y actos suicidas entre otras características que muestran disminución del nivel de actividad diaria.

Según muestra el DSM 5 (2014) la depresión en cualquier tipo que esta sea, presenta características generales como:

- Estado de ánimo deprimido (sentimientos de vacío, tristeza, desesperanza)
- Disminución del interés en casi todas las actividades
- Pérdida significativa de peso (sin realizar dietas)
- Alteraciones del sueño
- Retraso psicomotor o agitación
- Pérdida de energía o fatiga

- Culpabilidad, sentimientos de inutilidad
- Pensamientos suicidas

2.2.2.4.1.5 Ansiedad

Es una anticipación interna o externa de una desgracia o daño a futuro, acompañada de síntomas somáticos de tensión y sentimiento de disforia (desagradable), como alerta de un peligro inminente que le permite al individuo adoptar medidas necesarias para enfrentar una amenaza, entendiendo que es como un estado emocional normal o una sensación ante determinadas situaciones cotidianas estresantes, para el manejo normal de salud mental en una persona es necesario cierto grado de ansiedad, si sobrepasa la intensidad o supera la capacidad adaptativa se convierte en patológica, provocando un malestar clínicamente significativo con síntomas psicológicos, físicos y conductuales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que en la ansiedad existen signos generales como tensión, nerviosismo, miedos y ataques de pánico.

Características sintomatológicas de ansiedad

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), menciona que la ansiedad está caracterizada por la presencia de preocupación, temor o miedo excesivo, activación o tensión que provoca un malestar o deterioro visible para las actividades normales del individuo, tales como:

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, mareo, sequedad de boca, inestabilidad	Aprensión, preocupación
Neuromusculares: tensión muscular, temblor, parestesias, cefaleas	Sensación de agobio
Cardiovasculares: taquicardias, palpitaciones, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente

Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de la memoria
Digestivos: vómitos, náuseas, diarrea, dispepsia, estreñimiento, meteorismo, aerofagia	Inquietud, irritabilidad, desasosiego
Genitourinarios: problemas de la esfera sexual, micción frecuente	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor, obsesiones-compulsiones

Tabla 5: Características sintomatológicas de la ansiedad: físicos y psicológicos

Fuente: Guías de práctica clínica en el SNS (Sistema Nacional de Salud) - Ministerio de Sanidad y Consumo (2008)

Elaborado por: Andrea Solís

2.2.2.4.1.6 Hostilidad

Implica aspectos cognitivos, afectivos y conductuales pero este último componente se asocia frecuentemente a sentimientos de ira donde la hostilidad se define como una actitud o patrón cognitivo (cognitivo-actitudinal) estable y duradero, de actitudes y creencias negativas y destructivas hacia otros con intereses egoístas (cinismo), desconfianza, suspicacia, rencor, recelo y devaluación de otros (Magán, 2010).

En la psicopatología la hostilidad no es un trastorno específicamente, pero se presenta con relevancia vinculado a otros trastornos psicológicos, el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001), define a un individuo hostil como aquella enemiga o contraria. Esta definición concuerda con la idea que ha tenido el lenguaje cotidiano y la psicología de la personalidad, describiendo a la hostilidad como una actitud que implica disgusto, evaluación cognitiva aversiva y negativa hacia los demás, con una mezcla de ira, indignación, resentimiento y desprecio (Adam, 2013).

Según Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que en la hostilidad hace referencia a sentimientos, pensamientos y acciones característicos por la presencia de afectos negativos de enojo.

Proceso de la hostilidad

Para Moscoso (2008), la hostilidad es la reacción emocional del estrés, en este sentido el afrontamiento al estrés es una parte esencial y básica dentro de la experiencia humana, en la que la hostilidad tiene un papel central emocional de reacción frente a la percepción amenazante que origina el estrés.

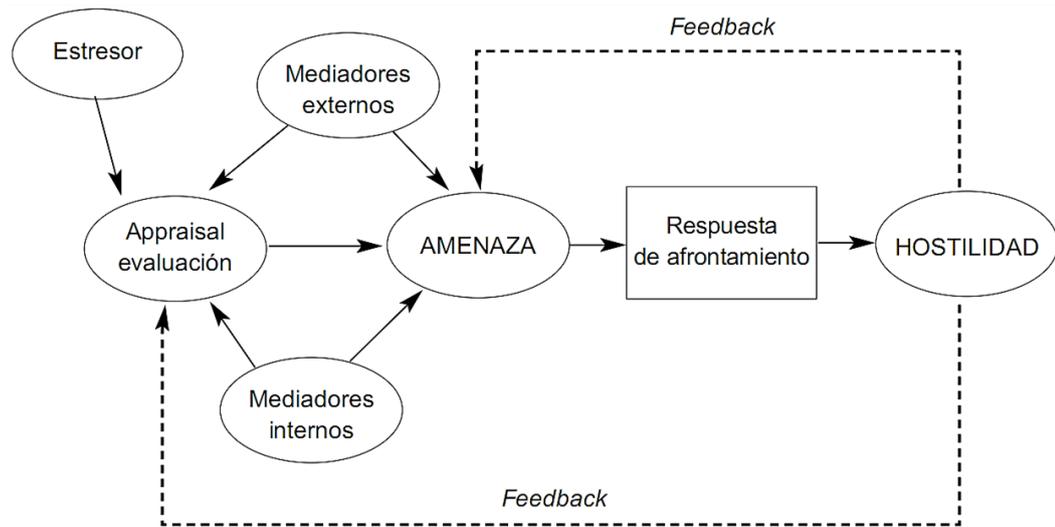


Gráfico 12: Modelo conceptual de formación de la hostilidad

Fuente: Moscoso (2008)

Para diferenciar a la hostilidad de otras definiciones similares como la ira y la agresión, podemos decir que la ira es un componente afectivo-emocional, la agresión un componente conductual y la hostilidad es un componente cognitivo, es el resultado de la influencia recibida del medio en el que se ha desarrollado a lo largo de su vida, una persona hostil se caracteriza por esperar lo peor de los demás, permanecer a la defensiva creando ambientes de competitividad y tensión percibiendo al entorno como un espacio de lucha para lograr sus fines (Iacovella y Troglia, 2003).

2.2.2.4.1.7 Ansiedad fóbica

Se presenta ante situaciones definidas u objetos específicos que en si no poseen peligro pero quien lo padece lo ve como tal (Pérez, 2009). Quien padece de ansiedad fóbica permanece en alerta con relación a cualquier conducta o impulso que logre

ocasionar abandono y aislamiento por parte de los que le rodean, llegando a tener conductas evitativas, en varias ocasiones la usan como mecanismo de defensa (desplazamiento) trasladando a un objeto externo o interno la carga emocional que vive de alguna determinada situación adquiriendo la fobia (Yllá, 2008).

Para Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que en la ansiedad fóbica alude a un malestar con una respuesta persistente de miedo a lugares, situaciones, personas u objetos específicos que en sí misma es desproporcionada e irracional en comparación al estímulo que la provoca.

2.2.2.4.1.8 Ideación paranoide

Se la describe como una patología en su esencia caracterizada por un delirio infiltrado (alguna argumentación lógica e idea inexistente que persiste), que invade, se condiciona e instala en la vida del sujeto, provocando conductas desencajadas y causando molestia subjetiva e interfiriendo en su vida familiar, laboral y social; actualmente la evolución de su nombre es ideación o trastorno delirante, a pesar de aun ser usado el termino paranoide ya que paranoia se asocia a acciones violentas incluso cuando no son vinculadas a los delirios (Cubero, 2011).

El delirio en la ideación paranoide se caracteriza por alteraciones de la orientación, conciencia, pensamiento, memoria, percepción, conducta y estado de humor, que frecuentemente son de inicio agudo y de curso fluctuante (Chauhary y Rabheru, 2009). Según Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que en la ideación paranoide fundamentalmente se toma en cuenta los desórdenes del pensamiento como la suspicacia, el pensamiento proyectivo y el temor a la pérdida de autonomía.

Tipos de ideación paranoide

Para el CIE-10 (2003), las ideas delirantes o paranoides como un grupo de ideas vinculadas entre sí que generalmente son persistentes e incluye tipos como hipocondriaco, de persecución o de grandeza, pero que incluye también subtemas como los celos, la convicción de tener deformación en alguna parte del cuerpo, que otro es homosexual o despiden mal olor, etc.

El DSM 5 (2014), menciona algunos subtipos de trastorno delirante (ideación paranoide), como el tipo:

- Erotomaniaco: el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo.
- De grandeza: tiene la convicción de tener cierto conocimiento o talento (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante.
- Celotípico: presume el individuo que su conyugue o amante le es infiel.
- Persecutorio: el delirio implica en ideas de conspiración en su contra, que lo espían, engañan, envenenan, drogan, siguen, difaman, acosan o impiden que consiga sus objetivos planteados.
- Somático: relacionado con delirios en sus sensaciones o funciones corporales.

2.2.2.4.1.9 Psicoticismo

Casullo (2004b) en el inventario de síntomas SCL-90-R, menciona en una sus dimensiones que el psicoticismo en cuanto a la práctica humana encerrará síntomas referentes a modos de vida esquizoide, alucinaciones, control del pensamiento y etapas de soledad. En el DSM 5 (2014), menciona que el psicoticismo tiene la presencia de síntomas como las alucinaciones, los delirios, el comportamiento desorganizado o catatónico y el discurso desorganizado (incoherencia frecuente o disgregación).

Rasgos del psicoticismo

Patrón (2004), basándose en la teoría de Eysenck destaca ciertos rasgos del psicoticismo, como:

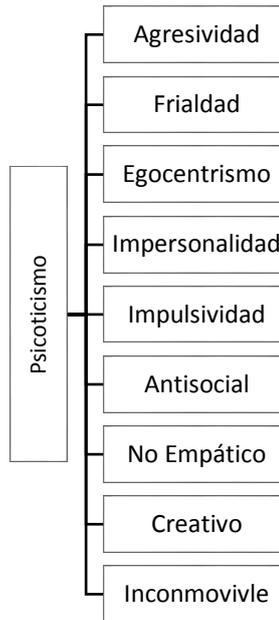


Gráfico 13: Dimensión Psicoticismo (rasgos)

Fuente: Patró (2004)

Elaborado por: Andrea Solis

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adaptabilidad: en cuanto al sistema familiar es la medida de flexibilidad y capacidad de cambio, es la habilidad en el que un sistema cambia su estructura de poder, roles y reglas entre miembros, como respuesta al estrés y desarrollo normal; una familia con adaptabilidad posee control, disciplina, asertividad y negociación (Tueros, 2004).

Aversión: es repugnancia o rechazo hacia algo o alguien; cuando se dice de una gran aversión se habla de pánico, fobia o miedo, se refiere en sí de una resistencia subjetiva de repugnancia y disgusto ante un apremio externo incitando a cambios internos de origen innato: endocrinos y fisiológicos, influenciado en varios momentos por la experiencia, con una ocupación única de amparo ante lo descubierto como peligroso, perjudicial o negativo, para el individuo (Significados, 2013).

Cohesión: es el resultante de las fuerzas que actúan sobre los miembros para que permanezca en el grupo (Ibañez, et al., 2004)

Disforia: son cambios del estado de ánimo temporales e imprevistos, así como emociones de pena, congoja, angustia, molestias psíquicas seguido de emociones de tristeza, insustancialidad, depresión, pesimismo y melancolía (Mexa, 2015).

Disociación: es una alteración de las funciones de la conciencia, identidad, comportamiento, pensamiento, memoria o percepción del ambiente normalmente integradas, que pierden relación con el resto de la personalidad actuando de manera autónoma (Psicoactiva, 2013).

Distrés: es un estrés maligno, desagradable o perjudicial, produce una sobrecarga no asimilable, desencadenando un desequilibrio psicológico y fisiológico produciendo la reducción de productividad en la persona, envejecimiento acelerado y enfermedades psicosomáticas (Lopategui, 2001).

Exacerbación: es el empeoramiento, intensidad, gravedad de un síntoma o aumento de los ya existentes por lo general respiratorio (Casas, 2009).

Extraversión: característica de una persona de “naturaleza conciliadora”, aparentemente disponible y abierta, que adopta sin dificultad cualquier situación (adaptabilidad), posee empatía, se aventura con confianza a situaciones desconocidas (Psicoactiva, 2013).

Intimidación: es una manera de conducta persistente, repetitiva y agresiva, donde su designio es causar intencionadamente miedo, perjuicio o inquietud a un individuo, creando un medio nocivo, por lo general acontece en un ambiente que existe inseguridad de dominio percibido o real (Ontario, 2013).

Jerarquía: es la función de poder y diferenciación de roles entre padres e hijos, fronterizos entre generaciones para la funcionalidad familiar, definiendo claramente el contexto del sistema (Gonzales, 2010).

Signo: Manifestación de una enfermedad objetiva, perceptible por el observador, que una vez evaluada, será un factor del diagnóstico (Diccionari Enciclopédic de Medicina, 2000).

Simbolización: mecanismo de defensa en el que se usa una imagen mental o un pensamiento consciente como símbolo para encubrir un pensamiento inconsciente que produce un estado de ansiedad (Psicoactiva, 2013).

Síntoma: Cualquier fenómeno anormal subjetiva, funcional o sensitivo, percibido por el enfermo, indicativo de enfermedad pero no observables directamente (Diccionari Enciclopédic de Medicina, 2000).

Rigidez: es la presencia de dificultad de adaptación, falta de flexibilidad para acoplarse en los diferentes contextos o situaciones, incapacidad de no tener en cuenta formas de pensar, ideas, valores, creencias u opiniones de los demás, valorando solo su propio punto de vista (Blasco, 2013).

Rol: Minuchin otorga como concepto de rol al elemento que delimita una posición entre miembros de una familia o sistema, refiriéndose a los patrones de conducta, en la cual la familia determina funciones necesarias, organizando la estructura del sistema familiar (Gonzales, 2010).

Síndrome: conjunto de signos o síntomas conocidos que pueden surgir juntos con una etiología u origen desconocido; síntomas que pueden determinar un trastorno específico (Comin, 2012).

Trastorno: es una representación de una serie de síntomas, comportamientos o acciones, asociado a desordenes o patologías mentales y alteraciones de los procesos afectivos y cognitivos del desarrollo (Comin, 2012).

Volitivo: es la capacidad del individuo en actuar u obrar en función de su comprensión, es decir, la capacidad para controlar sus actos (Trabazo, 2015).

2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS

La Violencia Sexual Intrafamiliar influye en la Sintomatología Clínica Psicológica en mujeres que asisten a la Unidad de Violencia de la Fiscalía de Tungurahua

- Existe correlación entre la violencia sexual intrafamiliar y la sintomatología clínica psicológica

- Concurre mayor violencia paterna en las mujeres víctimas de violencia sexual intrafamiliar.
- La depresión está presente en las mujeres que asisten a la Unidad de Violencia de la Fiscalía de Tungurahua.
- Las mujeres de etnia indígena son víctimas de violencia sexual intrafamiliar que muestran sintomatología clínica psicológica

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

Variable Independiente: Violencia Sexual Intrafamiliar

Variable Dependiente: Sintomatología Clínica Psicológica

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

Consiste en un estudio social, describiendo el problema con los rasgos más característicos; conociendo situaciones, conductas, actitudes, actividades, procesos, etc., de las variables estableciendo su relación, con el fin de formar una estructura en cuanto a profundidad de conocimiento se refiere.

Por esta razón la presente investigación posee un interés de acción social en cuanto a violencia sexual intrafamiliar, realizando un énfasis en sintomatología clínica psicológica identificando sus patrones de síntomas, conductas, actitudes e índices de malestar psicológico en el universo de investigación, en el que siendo asociadas las variables de investigación forma una problemática que afecta a una sociedad en general.

3.2 DISEÑO

Documental – Bibliográfica

La investigación tiene la intención de profundizar, desarrollar y detectar a través de diferentes perspectivas, enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de varios autores en psicología la problemática planteada, teniendo como base libros, documentos, publicaciones, revistas, artículos científicos, etc., que ayudaran a establecer prioridades en investigaciones posteriores.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

No probabilístico

Se utiliza un muestreo intencional con un universo de estudio de 50 mujeres que asisten a la Unidad de Violencia de la Fiscalía de Tungurahua comprendidas entre 13 y 27 años de edad, esta población es finita por lo tanto se trabaja con todo el universo de estudio y no será necesario aplicar la fórmula para extraer el tamaño de la muestra.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Cuestionario de Violencia Familiar contra la mujer

(Anexo A1)

El cuestionario tiene el propósito de conocer la concurrencia de violencia familiar contra la mujer, elaborado por la Psicóloga Ana Paola Cáceres Laya (2010), su calificación es por pregunta de manera individual según corresponda la respuesta. *Nota:* Si es el literal de frecuencia no se responde se sobreentenderá que el maltrato fue por una sola ocasión.

Duración: 5 minutos aproximadamente

Aplicación: Individual a mujeres víctimas de violencia familiar.

Estructura: Dividido en dos partes esenciales:

1. Datos Generales: Información relevante de la víctima.
2. Datos Específicos: Información que corresponde a la violencia como tal.

Validez: Se aplicó una prueba piloto en una población de 20 mujeres víctimas de violencia familiar de la Fiscalía de Tungurahua con el objetivo de puntualizar las características predominantes de maltrato que existe en las mujeres víctimas de violencia familiar, con el cumplimiento de pertinencia, utilidad, coherencia, vigencia, relación metodológica y con los objetivos, aprobada en la Universidad

Técnica de Ambato por 5 docentes profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud en la Carrera de Psicología Clínica (Anexo B).

3.4.2 SCL-90-R (Symptom Check-List-90-Revisado)

(Anexo A2)

Es un instrumento de autoinforme que contiene recursos psicológicos esenciales para la recolección de datos introspectivos de las mujeres sometidas a esta investigación clínica psicológica, diseñada y reformada por Derogatis (1994/2002), cuya versión castellana fue realizada por Gonzáles de Rivera y cols, (1989) en colaboración del autor original (Casullo, 2004a).

Aplicación: Individual y colectiva en personas de 13 años de edad en adelante.

Duración: entre 12 y 15 minutos aproximadamente.

Estructura: Está formado por 90 ítems calificados en escala de cinco puntos (0-4) con las opciones: nunca, muy poco, poco, bastante y mucho; sus respuestas están distribuidas en función de 9 dimensiones (cada uno con el número de ítems correspondientes):

1. Somatizaciones (12)
2. Obsesiones y Compulsiones (10)
3. Sensibilidad Interpersonal (9)
4. Depresión (13)
5. Ansiedad (10)
6. Hostilidad (6)
7. Ansiedad Fóbica (7)
8. Ideación Paranoide (6)
9. Psicoticismo (10)

Adicionalmente se incorpora 7 ítems por su preeminencia clínica a las nueve dimensiones anteriores:

1. Poco apetito (ítem 19)

2. Dificultades para dormir (ítem 44)
3. Pensamientos sobre la muerte o morir (ítem 59)
4. Comer en demasía (ítem 60)
5. Despertarse muy temprano (ítem 64)
6. Sueño perturbado (ítem 66)
7. Sentimientos de culpa (ítem 89)

Incluye además 3 índices globales de malestar psicológico:

1. *Índice de severidad global* (GSI), indicador del estado actual del malestar o gravedad.
2. *Total de síntomas positivos* (PST), considerado un indicador donde a través de un intento consciente el individuo en mostrarse mejor de lo que realmente se encuentra (imagen positiva).
3. *Índice de malestar positivo* (PSDI), evalúa el estilo de respuesta en el que el individuo tiende a exagerar o minimizar los malestares que la aquejan

Fiabilidad: los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) para las 9 dimensiones primarias y el GSI son las siguientes:

1. Somatizaciones ($\alpha = 0,84$)
2. Obsesiones y Compulsiones ($\alpha = 0,80$)
3. Sensibilidad Interpersonal ($\alpha = 0,82$)
4. Depresión ($\alpha = 0,88$)
5. Ansiedad ($\alpha = 0,83$)
6. Hostilidad ($\alpha = 0,76$)
7. Ansiedad Fóbica ($\alpha = 0,69$)
8. Ideación Paranoide ($\alpha = 0,74$)
9. Psicoticismo ($\alpha = 0,75$)
10. GSI ($\alpha = 0,97$)

3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida se transformará siguiendo estos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, limpiando información defectuosa, no pertinente.
- Análisis e interpretación de hipótesis con el apoyo del marco teórico
- Establecimiento de Conclusiones y Recomendaciones

CAPÍTULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

4.1 RECURSOS

4.1.1 Recursos Institucionales

Los recursos institucionales que se necesitaran son:

- Universidad Técnica de Ambato
- Fiscalía General del Estado - Tungurahua

4.1.2 Recursos Humanos

- Fiscal General del Estado
- Tutor de Proyecto de Investigación
- Equipo de Violencia Sexual Intrafamiliar de la Fiscalía
- Coordinadora del Proyecto: Andrea Solis
- Trabajador Social
- Psicólogos

4.1.3 Recursos Materiales

- Material de Escritorio
- Computador
- Copias
- Libros
- Impresiones
- Cartucho de tinta en Impresora

- Transporte
- Internet

4.1.4 Presupuesto

Materiales	Precio
Material de Escritorio	\$ 200.00
Computador	\$ 1.200.00
Copias	\$ 100.00
Impresiones	\$ 200.00
Cartucho de tinta en Impresora	\$ 50.00
Transporte	\$ 500.00
Internet	\$ 100.00
Subtotal	\$ 2.350.00
Otros Gastos	\$ 150.00
TOTAL	\$ 2.500.00

Tabla 6: Presupuesto

Elaborado por: Andrea Solis

4.2 CRONOGRAMA

Mes/Semanas	1				2				3				4				5				6			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del perfil del Proyecto	■	■	■	■	■	■	■	■																
Desarrollo del Marco Teórico									■	■	■	■	■	■	■	■								
Definición del Marco Metodológico																	■	■						
Finalización del Proyecto																			■	■				
Elaboración de Artículo Revisado																					■	■	■	
Presentación de Informe Final																								■

Tabla 7: Cronograma

Elaborado por: Andrea Solis

4.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4.3.1 BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Archivos de Medicina Familiar. (2005) Conceptos básicos para el estudio de las familias. México: medigraphic.com
- Cárter, E. & McGoldrick, M. (1981). The family life cycle, a framework for family therapy. Nueva York: Brunner y Mazel.
- Cooperación Española en Ecuador. (2011-2014). De la igualdad FORMAL a la igualdad REAL. Embajada Española en Ecuador: Editorial AECID.
- CREFAL. (2000). Violencia en la familia - Los libros de mamá y papá. México: SBP.
- Garrido, M & García, P. (2000). Aportaciones de los modelos sistémicos para la comprensión de la violencia familiar. Barcelona: Gruppo Abele.
- Goleman, D. (1998). La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: editorial Kairós.
- Gómez, S. (2013). Psicopatología I. México: Red Tercer Milenio
- Hurrell, J., Murphy, L., Sauter, S. & Levi, L. (2010). Salud Mental – Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Chantal Dufresne, BA.
- Ibañez, T., Botella, M., Doménech, M., Lajeunesse, J., Martínez, L., Pallí, C., Pujal, M. & Tirado, F. (2004). Introducción a la Psicología Social. España: Editorial UOC.
- Flores, R. (2005). La salud mental entre la población excluida de la diócesis de Madrid. España: Editorial Cáritas Madrid.
- Martínez, M. (2012). Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. México: Anuario Jurídico XII.

- Masís, S. (2000). Dos enfoques de la terapia familiar: Virginia Satir y Murray Bowen. Costa Rica: Escuela de Trabajo Social.
- Minuchin, S. (2004). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: gedisa editorial.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1984). Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Miranda, C. (2010). Bullying y funcionalidad familiar en una institución educativa del distrito de Comas. Perú: UNFV-Psicología.
- Ochoa, I. (2004). Enfoques en terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Editorial Herder.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico - Trastornos Mentales y de Comportamiento. Madrid: Mediator.
- Pavón, S. & Santamaría, M. (2010). Patrones relacionales de violencia intrafamiliar. Ecuador: Ediciones ABYA YALA.
- Perrone, R. & Nannini, M. (2000). Violencia y abusos sexuales en la familia: Un abordaje sistémico y comunicacional. Buenos Aires: Paidós.
- Tubert, S. (2001). Deseo y Representación: Convergencia de psicoanálisis y teoría feminista. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vallejo, J. (2011). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: ELSEVIER MASSON.
- Villalobos, B. (2009). Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con hijos en preescolar, matriculados en el colegio San Rafael. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Zafrilla, J. & Laencina, T. (2011). Sensibilidad Interpersonal. Murcia: ALGAMA Desarrollo Empresarial.

4.3.2 LINKOGRAFÍA

- Adam, G. (2013). Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud. Disponible en: www.tdx.cat/handle/10803/283215
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Depresión - Guías Clínicas. Disponible en: www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf
- Anónimo. (2010-2011). Concepto de psicopatología y sistemas de clasificación. Disponible en: es.scribd.com/doc/57756996/Tema-1-Concepto-de-psicopatologia-y-conceptos-de-clasificacion
- Arce, R., Fariña, F. & Quinteiro, I. (2013). Evaluación forense de la simulación en casos de acoso escolar. *Aula Abierta*, 41(2). 67-74. Recuperado de: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4239132
- Bados, A. (2005). Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Disponible en: diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/355/1/118.pdf
- Blasco, R. (2013). Rigidez Patológica. Disponible en: psicólogo-especialista-barcelona.com/blog/rigidez-obsesiones/
- Camí, A. (2009). Introducción al Trabajo Familiar en casos de Vulnerabilidad. Disponible en: www.psocialesalesianas.org/image/01%20Trabajo%20Familiar.pdf
- Caparrós, B., Villar, E. & Ferrer, J. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3). 781-794. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770314
- Carrasco, M., Sánchez, V., Ciccotelli, H. y del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Revista Acción Psicológica*, 2(2). 149-161. doi: 10.5944/ap.2.2.528

- Casanova, L., Rascón, M., Alcántara, H. & Soriano, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5). 443-448. Recuperado de: www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3705/sm3705443.pdf
- Casas, A. (2009). Exacerbación de la EPOC. Disponible en: www.neumologica.org/Archivos/ADULTOS/EPOC%20EXACERBACIONES%20GPC.pdf
- Casique, L. y Ferreira, A. (2006). Violencia contra mujeres: Reflexiones teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6). 950-956. doi: 10.1590/S0104-11692006000600018
- Castro, R., Riquer, F & Medina, M. (2006). Violencia de género en las parejas mexicanas – análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los hogares 2003. Disponible en: bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100428121317/Violencia_parejas.pdf
- Casullo, M., Cruz, M., Gonzáles, R. y Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: Estudio comparativo. *RIDEP - Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16(2). 135-149. Recuperado de: www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/30a.pdf
- Casullo, M. (2004a). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf
- Casullo, M. (2004b). El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Degoratis. Disponible en: www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Disponible en: www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/ModeloIntegrado_para_Preencion_Atn_Violencia_familiar_y_se.pdf

- Chaudhary, M. & Rabheru, K. (2009). Síntomas paranoides en pacientes ancianos. *RET - Revista de Toxicomanías*, 56. 1-31. Recuperado de: www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret56_3.pdf
- CHF International. (2007). Violencia y factores de riesgo. Disponible en: www.chfhonduras.org/wp-content/uploads/2009/07/violencia-y-factores-de-riesgo.pdf
- Comin, D. (2012). Los trastornos del espectro del autismo no son una enfermedad. Disponible en: autismodiario.org/2012/03/14/los-trastornos-del-espectro-del-autismo-no-son-una-enfermedad/
- Cubero, P. (2011). El individuo Paranoide. Disponible en: elgrupoparanoide.com/pdf/1%20El%20individuo%20paranoide.pdf
- Cuevas, C., Gonzáles, J., Benítez, M., Monterrey, A., Rodríguez, F. y Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7(3). 93-96. doi: 0213-0599/91/07.03/93
- DIARIO HOY. (16-Sep-20008). Violencia contra mujer indígena crece. Disponible en: campanalazoblancoecuador.blogspot.com/2010/07/violencia-contra-mujer-indigena-crece.html
- Domingo, J. (2012). Psicopatología: Nociones Generales. Disponible en: www.uccuyo.edu.ar/ucc3/images/archivos/filosofia/biblioteca/contribuciones/2012_UNSJ_QUÉ_ES_LA_PSICOPATOLOGÍA.pdf
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5. 57-73. Recuperado de: www.masterforense.com/pdf/2005/2005art3.pdf
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forence*, 12(43-44). 75-82. Recuperado de: scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf

- EL COMERCIO. (2013). Violencia contra la mujer y la familia aumentó en Tungurahua este año. Disponible en: edicionimpresa.elcomercio.com/es/20110000c30116da-412e-41c7-bf3e-c7ce7d23ea8f
- EL TELÉGRAFO. (18-Jun-2014). Ambato es el cantón con mayor índice de alertas por maltrato intrafamiliar en la zona. Disponible en: www.telegrafo.com.ec/regionales/regional-centro/item/ambato-es-el-canton-con-mayor-indice-de-alertas-por-maltrato-intrafamiliar-en-la-zona.html
- ENDEMAIN. (2006). 9no Encuentro Nacional de Comisarias de la Mujer y la Familia. Disponible en: gchimborazo.blogspot.com/2009/12/noveno-encuentro-nacional-de-comisarias.html
- Erazo, M. & Jiménez, M. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 5(1). 65-76. Recuperado de: revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1984
- Espacio Logopédico. (2015). Disforia. Disponible en: www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=395
- Ferrer, V., Bosch, E., García, E., Manassero, A. y Gili, M. (2006). Maltratadores (en casos de violencia doméstica) vs. No maltratadores: Un análisis descriptivo de los estudios comparativos. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 11(26). 71-98. Recuperado de: www.scielo.org.ve/img/revistas/rvem/v11n26/pdf/art02.pdf
- Gamboa, S. (2007). Módulo de Psicopatología. Disponible en: 201.234.74.121:8091/unichoco/Ceres/ARCHIVOS/M%20O%20D%20U%20L%20O%20%20D%20E%20%20P%20S%20I%20C%20O%20P%20A%20T%20O%20L%20O%20G%20I%20A/modulo%20definitivo.pdf
- Garaigordobil, M. y Bernarás, E. (2010). Síntomas psicopatológicos y dimensiones de personalidad en adolescentes con discapacidad visual: Cambios evolutivos y relaciones entre ambas variables. *Revista Análisis y Modificación de*

- Conducta*, 36(153-154). 63-80. Recuperado de:
www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1061
- García, J., Nogueras, E. & Muñoz, F. (2011). Tratamiento de la depresión en atención primaria. Disponible en:
www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf
- Garrido, M., Martínez, A., Rubio, J., Rodríguez, A., García, P. & Perdiguero, D. (2000). Seminario Internacional sobre Terapia Familiar y de Pareja en casos de violencia. Disponible en:
www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/esp/documentos/DocumentosB/Memoria%20Seminario%20de%20Violencia%20Carmona%201999.pdf
- Gavidia, V. & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *DCES - Didáctica de la Ciencias Experimentales y Sociales*, 26. 161-175. doi: 10.7203/DCES.26.1935
- González, C. (2010). Capítulo 3: Aportes teóricos del modelo estructural al entendimiento de la estructura familiar. Disponible en:
dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/556
- González, F., Gimeno, A., Meléndez, J. & Córdova, A. (2012). La percepción de la funcionalidad familiar: Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología*, 5(1). 34-39. doi: 105231/psy.writ.2012.1101
- González, M. (2011). Psique: Trabajando contra la violencia de sexo/género. *Boletín Científico Sapiens Research*. 1(2). 32-40. Recuperado de:
www.psiucv.cl/wp-content/uploads/2014/01/V1N2_Psique_1.pdf
- González, P. (2012). La familia disfuncional. Recuperado de:
www.armonia.cl/site/index.php/2012-10-10-19-25-30/121-gonzalo-gonzales/261-la-familia-disfuncional
- Grillo, N. (2012). Abuso sexual infantil intrafamiliar: Cuando el incesto se hace realidad. *Psicología.com*, 16(5). Recuperado de:
www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5445

- Grupo Enciclopedia Catalana. (2000). Diccionari Enciclopèdic de Medicina. Disponible en: www.enciclopedia.cat
- Habigzang, L., Koller, S., Ázevedo, G. y Machado, PX. (2005). Abuso sexual en niños y dinámica familiar: Aspectos observados en los procedimientos judiciales. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 21(3). 341-348. doi: 10.1590/S0102-37722005000300011
- Hunt, J. (2007). La familia disfuncional, haciendo las paces con el pasado. *Hope for the Heart*, 7(2). 1-14. Recuperado de: www.hopefortheheart.org/wp-content/uploads/downloads/sp-qrg-compressed/Referencia%20Rapida%20-%20Familia%20disfuncional.pdf
- Hurtado, C. y Seña, A. (2012). Neuropsicología de la Violencia. *Revista Psicología Científica.com*, 14(14). Recuperado de: www.psicologiacientifica.com/neuropsicologia-de-la-violencia/
- Iacovella, J. & Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, 8(1). 53-61. Recuperado de: www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1a08.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). Encuesta Nacional de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2008). Violencia en las relaciones de pareja. Disponible en: cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100924.pdf
- Jaramillo, D., Ospina, D., Cabarcas, G. & Humphreys, J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista de Salud Pública*, 7(3). 281-292. doi: 10.1590/S0124-00642005000300004
- Jiménez, N. (2012). Violencia sexual: La guerra en contra de los derechos de las mujeres. *Nova et Vetera*, 21(65). 41-48. Recuperado de: revistas.esap.edu.co/nova/wp-content/uploads/2012/03/art10-64.pdf

- LA HORA. (10-May-2013). Arte contra la violencia interfamiliar. Disponible en:
www.lahora.com.ec
- Lopategui, E. (2001). Definiciones. Disponible en:
www.saludmed.com/Bienestar/Cap4/Estres-D.html
- Lucero, C., Feixas, G. & Saul, L. (2003). Constructos personales y perfil sintomático en la etapa del climaterio: Un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 34(3). 371-383. Recuperado de: hdl.handle.net/2445/43233
- Magán, I. (2010). Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial. Disponible en: eprints.ucm.es/11842/
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003). Violencia Doméstica. Disponible en:
www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en atención primaria. Disponible en:
www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_LAin_Entr_compl.pdf
- Moscoso, M. (2008). La hostilidad: Sus efectos en la salud y medición psicométrica en Latinoamérica. Disponible en:
www.redalyc.org/articulo.oa?id=147117608005
- Muñoz, H. (2009). Somatización: Consideraciones diagnósticas. *Revista Med*, 17(1). 55-64. Recuperado de: www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562009000100009&script=sci_arttext
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *unifé*, 16(1). 9-38. Recuperado de:
www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la Violencia. Ínis

- Communication. Disponible en:
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014
- Oliveira, C. y Godoy serpa, R. (2007). Prácticas profesionales de los equipos de salud familiar destinadas a las mujeres en situaciones de violencia sexual. *Revista USP Escuela de Enfermería*, 41(4). 605-612. doi: 10.1590/S0080-62342007000400010
- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 37(1). 64-80. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- Ontario. (2013). Intimidación - todos podemos ayudar a detenerla. Disponible en:
www.edu.gov.on.ca/eng/multi/spanish/BullyingEs.pdf
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres. (2012). Hermanas olvidadas: Violencia contra mujeres y niñas con discapacidad. Disponible en:
www.unwomen.org/es/news/stories/2012/10/forgotten-sisters-violence-against-women-and-girls-with-disabilities
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Disponible en:
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la Salud Mental: Informe compendiado. Disponible en: www.ops.org.bo/testocompleto/isme27954.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Gender, equality and human rights. Disponible en: www.who.int
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Disponible en:
www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/#

- Organización Panamericana de Salud. (2011). Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf
- Organización Panamericana de Salud. (2014). Violencia contra las mujeres y violencia contra los niños y niñas. Disponible en: www.paho.org/violencia
- Ospina, D., Jaramillo, D., Uribe, T. y Cabarcas, G. (2006). Escala de identificación de las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3). 523-534. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538306
- Palacios, J. (2008). El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: Un secreto familiar, un problema social. *Revista electrónica Educare*, 12. 99-111. Recuperado de: www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/1459
- Patró, R. (2003-2004). Modelo de la personalidad y teoría de la conducta delictiva de H. J. Eysenck. Disponible en: www.marisolcollazos.es/psi-crimi-II/Psicologia-criminal-ii-tema2.pdf
- Pereda, N., Gallardo, D. y Jiménez, R. (2011). Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas españolas de Psiquiatría*, 39(2). 131-139. Recuperado de: www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-131-139-359461.pdf
- Perela, M. (2010). Violencia de género Violencia psicológica. *Foro Nueva época*, (11-12). 353-376. Recuperado de: revistas.ucm.es/index.php/FORO/article/view/37248/36050
- Pérez, A. & Reinoza, M. (2011). El Educador y la Familia disfuncional. *EDUCERE - Artículos Arbitrados*, 15(52). 629-634. Recuperado de: www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35319/1/articulo7.pdf

- Pérez. R. (2009). Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor: Valoración crítica y manejo terapéutico. *GEROINFO*, 4(1). 1-22. Recuperado de: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fobia_adultos_mayores.pdf
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5(3). 669-679. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf
- Psicoactiva. (2013). Diccionario de términos psicológicos. Disponible en: www.psicoactiva.com/diccio/diccionario-de-psicologia-d.htm
- Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M. y Martínez, A. (2011). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3). 182-191. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643304
- Rivera, A., Caballero, N., Pérez, I. y López, M. (2013). SCL-90-R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12(1). 105-118. Recuperado de: revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/879
- Robles, J., Andrew, J. y Peña, M. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1). 5-19. Recuperado de: www.masterforense.com/pdf/2002/2002art1.pdf
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. & García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka*, 9(1). 58-68. Recuperado de: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100007
- Roiz, M. (1989). La familia, desde la teoría de la comunicación de Palo Alto. *REIS (Revista Española de Investigaciones Sociológicas)*, 48. 117-136. doi: 10.2307/40183464

- Salgado, J. (2012). Perfil psiquiátrico en la población carcelaria de género masculino del centro de rehabilitación social de varones num.1 de Quito. Disponible en: prezi.com/uf6nd_xoq_2a/tesis/
- Samaniego, R. & López, T. (2013). Incidencia de las familias disfuncionales en el proceso de la formación integral de los niños del sexto año de educación básica de la Unidad Educativa República del Ecuador. Recuperado de: dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6086/1/UPS-CT002821.pdf
- Sánchez, R. & Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775007
- Significados. (2013-2015). Significado de aversión. Disponible en: www.significados.com/aversion/
- Trabazo, V. (2015). Capacidad cognoscitiva y volitiva. Disponible en: psicologoforense.com/s/capacidad-cognoscitiva-y-volitiva-peritos-psicologos-madrir-tres-cantos/
- Tueros, R. (2004). Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/2728/tueros_cr.pdf?sequence=1
- Vélez, Y. (2007). Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social de redes comunitarias deportivas - recreativas en las familias de estrato bajo con adolescentes. Disponible en: repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/1353
- Yllá, L. (2008). Algunos aspectos psicodinámicos de los Trastornos de Ansiedad. *ASMR Revista Internacional On-Line (Avances en Salud Mental Relacional)*, 7(3). Recuperado de: www.bibliopsiquis.com/asmr/0703/luis_ylla.pdf

Zapata, M. (2010). Violencia intrafamiliar: El daño psicológico. EL SIETE – Revista Jurídica Estudiantil, 14. 18-21. Recuperado de: www.elsiete.uson.mx/articulo.php?revista=14&art=132

4.3.3 CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

PROQUEST: Amor, P., Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9. 519-539. Recuperado de: search.proquest.com/docview/622245361?accountid=14542

PROQUEST: Farrell, H. (2011). Batterers: a review of violence and risk assessment tools. *Journal of the American Academy of Psychiatry*, 39(1). 562-564. Recuperado de: search.proquest.com/docview/911936814?accountid=14542

PROQUEST: Ramos, L., Saltijeral, M. y Caballero, M. (2013). Impacto de la violencia en la salud mental: Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19(1). 19-32. Recuperado de: search.proquest.com/docview/42373985?accountid=14542

SCOPUS: Capaldi, D. & Kim, H. (2007). Typological approaches to violence in couples: A critique alternative conceptual approach. *Clinical Psychology Review*, 27(3). 253-265. doi: 10.1016/j.crp.2006.09.001

SPRINGER: Asscher, J., Van der Put, C. & Stams, GJ. (2015). Gender Differences in the Impact of Abuse and Neglect Victimization on Adolescent Offending Behavior. *Journal of Family Violence*, 30. 215-225. doi: 10.1007/s10896-014-9668-4

SPRINGER: Daisy, N. & Hien, D. (2014). The Role of Dissociation in the Cycle of Violence. *Journal of Family Violence*, 29(2). 99-107. doi: 10.1007/s10896-013-9568-z

SPRINGER: Holtzworth, A. & Meehan, J. (2004). Typologies of men who are martially violent scientific and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(40). 1369-1389. doi: 10.1177/0886260504269693

ANEXOS

ANEXO A1. Cuestionario de Violencia Familiar contra la mujer

Instrucciones: Marcar con una (X), la alternativa que mayor crea conveniente o contestar si lo requiere, los datos recolectados serán confidenciales.

Datos Generales:

Edad

13-23 años 24-29 años 30-35 años 36-41 años
42-47 años 48 a más

Instrucción

Ninguna Primaria Secundaria Superior

Estado Civil

Soltera Casada Divorciada Unión Libre

Identificación étnica

Blanca Mestiza Indígena Otra: _____

Datos Específicos:

¿Ud. Sufre de violencia familiar?

Si No

¿Qué tipo de violencia?

Física Psicológica Sexual

Tales como:

Bofetadas Desprecio Manoseo
Puñetes Insultos Violación
Patadas Humillación Hostigamiento

Otros: _____

¿Con qué frecuencia es maltratada?

Diario Inter diario Semanal Mensual

¿Quién es el agresor?

Pareja Padre Tíos Otros: _____

¿Ha denunciado alguna vez dicho maltrato?

Si

No

¿Por qué cree que ocurre el maltrato?

Celos

Problemas económicos

Desacuerdos

Otros: _____

Gracias por su colaboración.

ANEXO A2. SCL-90-R (Symptom Check-List-90-Revisado)

Identificación..... Fecha.....

Lea este listado de acontecimientos que usualmente tienen los individuos. Por favor, escrupulosamente seleccione, una respuesta, señalando con un círculo el número adecuado a como se sienta. **CUAL ES LA DIFICULTA QUE HA PRESENTADO ESTOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.** No olvide que debe responder a todos los literales planteados.

OBSERVE LA TABLA INICIAL CON LOS VALORES ASIGNADOS ANTES DE RESPONDER

0 Nada en absoluto	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante
4 Mucho o extremadamente			

ENCIERRE EN UN CÍRCULO SEGÚN CORRESPONDA:

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4

18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente o sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que esta pasando	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39	Que su oración palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que se hace	0	1	2	3	4
46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4

50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse,...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo: en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4

83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La ideas de que debería ser castigado por sus pecados o errores	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

Compruebe que todas las preguntas esten contestadas, gracias por su colaboración.