



**UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

**AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA VIOLENCIA
CONTRA LA MUJER EN EL ASENTAMIENTO HUMANO
DE SAN JOSÉ DEL DISTRITO DE CHILCA. CAÑETE. 2016.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

Bach. Ferrer Jurado, Medalith Stephanie

ASESORA:

Dra. Grisi Bernardo Santiago

LIMA – PERU

2017

ASESORA DE TESIS

Dra. Grisi Bernardo Santiago

JURADO EXAMINADOR

DRA. BARRETO MUNIVE, MARCELA ROSALINA

PRESIDENTE

DRA. VARGAS GRANADOS, LUZMILA

SECRETARIA

DR. CRUZ TEJADA, YRENEO EUGENIO

VOCAL

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi padre que desde el cielo me ilumina,
a mi Madre, hermanas y mi novio que son mi vida.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios y la Virgen por haberme dado fuerzas para culminar la investigación.

A mi asesora Dra. Grisi Bernardo Santiago, por haberme asesorado en el presente trabajo de investigación.

Al Lic. Budy Mengoa, por su conocimiento y apoyo incondicional a esta investigación.

Al Ing. Tito Armando Agüero Arias, por su apoyo estadístico.

Un agradecimiento especial al Asentamiento Humano San José, a cada mujer por su participación voluntaria, por su valentía, tiempo y disposición porque sin ellas el estudio no hubiera sido posible.

Finalmente agradezco a mi Madre por su amor incondicional, a mis hermanas que son el sazón de mi vida, a mi novio por su amor sincero, apoyo, paciencia y comprensión.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Asesor de tesis.....	ii
Jurado examinador.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice.....	vii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Justificación del estudio.....	4
1.4. Objetivos de la investigación.....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	6
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	9
2.2. Bases teóricas de las variables.....	11
2.2.1. Definición de autoestima.....	11
2.2.2 Elementos que conforman el autoestima.....	14
2.2.2.1. Autoimagen	14
2.2.2.2. Autovaloración	14
2.2.2.3. Autoconfianza	14
2.2.3. Función del autoestima.....	15

2.2.3.1. La autoestima como parte del self.....	15
2.2.3.2. La autoestima y la salud mental	16
2.2.3.3. La autoestima como proceso.....	18
2.2.4. Tipos de autoestima	19
2.2.5. Niveles de autoestima	20
2.2.6. Componentes del autoestima según Coopersmith.....	24
2.2.6.1. Autoestima general	24
2.2.6.2. Autoestima social.....	25
2.2.6.3. Autoestima familiar	25
2.2.6.4. Dimensión de la variable de autoestima	26
2.2.6.5. Indicadores para medir violencia contra la mujer	27
2.2.7. Concepto de violencia contra la mujer	28
2.2.8. Tipos de violencia contra la mujer	33
2.2.9. Teorías explicativas del maltrato a la mujer por su pareja.....	41
2.2.9.1. Teoría del maltrato.....	43
2.2.9.2. Teorías causales de la permanencia de la mujer en una relación violenta...	46
2.2.9.3. Teorías multifactor-factor del maltrato a la mujer por su pareja.....	49
2.3. Definición de términos básicos.....	53

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Hipótesis de la investigación.....	56
3.1.1. Hipótesis general.....	56
3.1.2. Hipótesis Específicas.....	56
3.2. Variables de estudio.....	57
3.2.1. Definición conceptual.....	57
3.2.2. Definición operacional.....	57
3.3. Tipo y nivel de la investigación.....	58
3.4. Diseño de la investigación.....	59
3.5. Población y muestra de estudio.....	60
3.5.1. Población.....	60
3.5.2. Muestra.....	61
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	61
3.6.1. Técnicas de recolección de datos.....	61

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos.....	62
3.7. Métodos de análisis de datos.....	63
3.8. Aspectos éticos.....	64
IV. RESULTADOS.	
4.1. Resultados.....	65
V. DISCUSIÓN.	
5.1. Discusión de resultados.....	74
VI. CONCLUSIONES.	
6.1. Conclusiones.....	76
6.2 Recomendaciones.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	84
Anexo N° 01: Matriz de Consistencia.	
Anexo N° 02: Matriz de Operacionalización	
Anexo N° 03: Instrumentos	
Anexo N° 04: Matriz de datos	

ÍNDICE DE FIGURA

	Pág.
Figura 1: Variable independiente Autoestima	65
Figura 2: Variable independiente Violencia	65
Figura 3: Variable dependiente maltrato psicológico	66
Figura 4: Variable dependiente maltrato físico	66
Figura 5: Variable dependiente maltrato sexual	67
Figura 6: Variable dependiente por edades	67
Figura 7: Variable dependiente estado civil	68

RESUMEN

El presente estudio tiene el propósito principal de determinar si la autoestima influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016, para ello se hace una revisión minuciosa de la bibliografía actualizada a nivel nacional y comparado.

El nivel de estudio es descriptivo y explicativo. El tipo de estudio es aplicado. El diseño de estudio es correlacional. La población está constituida por 50 mujeres del Distrito de Chilca de Cañete. La muestra es no probabilística, por conveniencia y está constituida por 55 mujeres. Se utiliza como técnica de recolección de datos: La encuesta. Se utiliza como instrumento: el Inventario de Coopersmith y la ficha de tamizaje. Para el análisis de datos, se utiliza la prueba de Correlación de Pearson.

Los resultados muestran una relación estadísticamente significativa de $p = 0.000$ (donde $p < 0,01$) y a una probabilidad de certeza del 99%, por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: “La autoestima influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016”. De ahí que, teniendo en cuenta el coeficiente de correlación negativo (-0.841), es posible inferir que los resultados indican que los niveles de autoestima baja influyen en mayores casos de violencia contra la mujer.

PALABRAS CLAVES: Autoestima, Violencia contra la mujer, Violencia física, Violencia Psicológica, Violencia Sexual.

ABSTRACT

The present study has the main purpose of determining if self-esteem influences violence against women in the district of Chilca of Cañete, in 2016, to do a thorough review of the updated bibliography at the national level and compared.

The level of study is descriptive and explanatory. The type of study is applied. The study design is correlational. The population is constituted by 50 women of the District of Chilca de Cañete. The sample is non-probabilistic, for convenience and is made up of 55 women. It is used as data collection technique: The survey. It is used as instrument: the Coopersmith Inventory and the screening chart. For data analysis, the Pearson Correlation test is used.

The results show a statistically significant relationship of $p = 0.000$ (where $p < 0.01$) and a probability of 99%, so the affirmative hypothesis is accepted and the null hypothesis is rejected in the following sense: "The Self-esteem significantly influences violence against women in the district of Chilca de Cañete in 2016." Hence, considering the negative correlation coefficient (-0.841), it is possible to infer that the results indicate that low self-esteem levels influence higher cases of violence against women.

KEY WORDS: Self-esteem, Violence against women, Physical violence, Psychological violence, Sexual violence.

INTRODUCCIÓN

La autoestima es determinante en la vida de una mujer que sufre violencia. Tenemos mujeres que son agredidas psicológicamente, físicamente y sexualmente y por personas conocidas ya sea por su papá, esposo, conviviente, novio y enamorado muchas de aquellas mujeres que son violentadas no hablan o temen denunciar ya sea por dependencia emocional, dependencia económica, baja autoestima, miedo a estar solas o vergüenza al qué dirán sus amistadas.

En este sentido, cabe encontrar una ruta crítica, que son los caminos que recorren las mujeres para salir de su situación de violencia. La ruta empieza con la decisión y determinación de las mujeres de apropiarse de sus vidas y las de sus hijos. Siguiendo esta ruta conocemos los factores que impulsan a las mujeres a buscar ayuda, las dificultades encontradas para llevar adelante tal decisión, sus percepciones sobre las respuestas institucionales y las representaciones sociales y significados sobre la violencia intrafamiliar que existen en los psicólogos de las instituciones que deben ofrecer respuestas a este serio problema de salud pública.

El desarrollo de la investigación ha permitido hacer un estudio de la identificación de los niveles de autoestima y su influencia en la violencia contra la mujer en el Distrito de Chilca de Cañete. Para ello, se analiza la importancia del tema en el ámbito de la literatura especializada y en el trabajo de campo.

El primer capítulo presenta lo referido al Problema de investigación, entre ellos: planteamiento del problema, formulación del problema, justificación y objetivos. El planteamiento del problema se refiere a la autoestima y la violencia contra la mujer. Los objetivos comprenden el objetivo general y los objetivos específicos.

El segundo capítulo expone lo relacionado al marco teórico, entre ellos: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas de las variables y la definición de términos básicos. Las bases teóricas comprenden las teorías de la literatura especializada sobre la autoestima y la violencia contra la mujer.

El tercer capítulo muestra el marco metodológico, que comprende: hipótesis, variables de estudio, tipo y nivel de la investigación, diseño de la investigación, población y muestra de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos y, métodos de análisis de datos. Las variables se definen de manera conceptual y operacional. El diseño de estudio es correlacional.

En el capítulo cuarto se presenta los resultados de la investigación. Se describen las frecuencias y los porcentajes de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos sobre el tema de estudio a las mujeres del distrito de Chilca de Cañete. Asimismo, se presenta la prueba de hipótesis. En el quinto capítulo, se presenta la discusión de los resultados.

En la parte final, se expone la parte más valiosa de la investigación: las conclusiones y las recomendaciones. Además, se presenta las referencias bibliográficas de manera ordenada. También, se presentan los anexos vinculados al estudio. Los anexos comprende: matriz de consistencia y los instrumentos sobre el tema dirigido a las mujeres del Distrito de Chilca.

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Planteamiento del problema

La violencia contra la mujer es una realidad cotidiana que tiende generalmente a ocultarse, pero es un fenómeno global que se extiende por todos los países y afecta a mujeres de todos los niveles sociales y económicos, y su impacto en la salud física y mental es tal que ha sido considerado como un problema de salud pública. (Fischbach y Herbert, 1997).

En América Latina y, en particular en Perú, este es un problema alarmante tanto por su origen multicausal como por sus implicaciones sociales y políticas. De acuerdo con el estudio multicéntrico elaborado por la Organización Mundial de la salud en el año 2010, el porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y 71 %.

El último informe de la Organización Panamericana de la Salud (2003) define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. En los casos más graves, la consecuencia es la muerte de la mujer; en diferentes países del mundo se ha reportado que entre el 30% y 63% de los homicidios de mujeres fueron perpetrados por sus parejas o exparejas.

Según el estudio multipaís de la OMS (2010) sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica, el porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de la vida oscilaba entre el 15-71%, aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24-53%. Las mujeres japonesas eran las que habían experimentado menos violencia física o sexual, o ambas, infringida por

su pareja; mientras que el mayor número de experiencias violentas se registraba en entornos provinciales (fundamentalmente de población rural) en Bangladesh, Etiopía, Perú y la República Unida de Tanzania.

El Informe Mundial sobre la Salud y Violencia de la OMS (2002) señala que la violencia es un problema de salud pública pues genera graves daños psíquicos, físicos, privaciones y deficiencias en el desarrollo de las personas. Por otra parte, el estudio multicéntrico de la OMS (2002) sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres revela que el 48% de las mujeres en Lima y el 61% en Cusco reporta haber sufrido violencia física por parte de sus parejas. Del mismo modo, el 23% de las mujeres en Lima y el 47% de Cusco afirman haber sufrido violencia sexual. En conclusión, más de la mitad de las mujeres en Lima (51%) y el 69% en Cusco señalan que han sido violentadas sexual o físicamente por sus parejas.

De acuerdo al registro de la Policía Nacional Del Perú, para el año 2006, se reportó un total de 85 747 denuncias por violencia familiar; de las cuales casi el 90% de víctimas fueron mujeres maltratadas entre los 18 y 50 años. El 78% fue agredida por su esposo o conviviente. Y las regiones del país con mayores cifras fueron: Lima (36,542), Arequipa (10,141), Callao (3,609) y Cusco (4,874). Cifras que demuestran a la violencia familiar como un problema que requiere de urgente atención, siendo las principales víctimas las mujeres de diferentes edades.

En este contexto, la violencia contra la mujer en el Asentamiento Humano de San José del Distrito de Chilca –Cañete, se observa que se da en madres jóvenes y adultas, llegando afectar emocional y psicológicamente. Las posibles causas provienen de la familia con violencia, falta de comunicación, afecto familiar y amor paternal.

La violencia es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo, sus manifestaciones a nivel social se recogen a diario bajo múltiples explicaciones y justificaciones, mueren miles de personas diariamente y otras muchas más son víctimas de sus secuelas, que marcan sus vidas para siempre. La violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la

integridad tanto física, como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas, con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima. Todo acto de violencia se basa en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como amenazas, una forma endémica de la violencia familiar es el abuso a la mujer por parte de su pareja.

Es por ello, que con este estudio se busca analizar la importancia que presenta la autoestima positiva de la mujer como herramienta para lograr que se superen los casos de violencia contra la mujer en la sociedad peruana. Las mujeres víctimas de violencia serán atendidos en el centro de salud de Chilca por psicólogos especialistas en el tema, en los comedores populares, vaso de leche , mercados y colegios serializaran charlas con psicólogos especialistas. De esta forma, se puede proponer estrategias que ayuden a superar los casos de autoestima negativa de la mujer que se traduzcan en autoestima positiva, y así evitar o superar los contextos de violencia contra la mujer, siendo así, se puede lograr una vida social con justicia y equidad.

1.2.- Formulación del problema

1.2.1.- Problema General

¿ Cómo influye la autoestima en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016?

1.2.2.- Problemas Específicos

- ¿Cómo influye la autoestima personal en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016?

- ¿ Cómo influye la autoestima familiar influye en la violencia contra mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016?

- ¿Cómo influye la autoestima social influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016?

1.3.- Justificación del Estudio.

Esta investigación se justifica por las siguientes razones.

En el ámbito práctico, es necesario realizar estudio sobre la autoestima y la violencia contra la mujer, como un problema social de gran complejidad, que ayuden a conocer los factores que permiten que se reproduzca la violencia contra la mujer en la sociedad, porque variados investigadores se han dedicado a esto y han demostrado la diversidad de elementos que confluyen en un acto de violencia hacia una mujer.

Asimismo, es necesario conocer la relevancia de los espacios sociales y culturales que hacen parte de los sistemas que intervienen en la complejización de la violencia a través de la enorme influencia de la organización social autoritaria, los imaginarios colectivos que permiten la justificación del maltrato en las interacciones sociales, los efectos psicológicos y físicos que generan gran impacto en las mujeres y su sistema familiar.

A nivel teórico, teniendo un gran número de investigaciones y teorías que ayudan a comprender las dinámicas de la violencia contra la mujer abarcando factores sociales, culturales y psicológicos que explican este tipo de interacción en la pareja y el mantenimiento de la mujer en las dinámicas maltratantes, resulta pertinente la realización de una investigación que contribuya a una comprensión más compleja del problema, que apunte al reconocimiento de una autoestima positiva como herramienta que le permiten a una mujer salir del circuito del abuso.

La investigación en torno a la autoestima y la violencia contra las mujeres en el Perú enfrenta una paradoja: el número de investigaciones es sumamente bajo, al mismo tiempo que existe una suerte de agotamiento del tema sin haberse dado aún respuestas definitivas sobre la naturaleza y las causas del problema. Debido a que las investigaciones suelen ignorar las mediaciones existentes entre el nivel de autoestima y la violencia contra la mujer.

En el aspecto metodológico, el gran reto de la presente investigación sobre el problema de la autoestima y la violencia contra las mujeres radica en resaltar la utilidad de los métodos de esta investigación, que posibilitan una comprensión más completa con respecto a la violencia conyugal hacia la mujer. Los instrumentos son de gran ayuda, al permitir conocer la autoestima y la violencia en contextos intermedios, como la familia y la pareja. Es por ello, que los métodos de este estudio pueden ser tomadas en cuenta por otros investigadores en estudios posteriores sobre el tema, que permitan mejorar el panorama de la violencia contra la mujer, solo así, se podrá lograr una sociedad con una convivencia familiar armoniosa.

1.4.- Objetivos de la Investigación.

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la influencia de la autoestima en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016?

1.4.2. Objetivos específicos

- Establecer la influencia de la autoestima personal en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016.
- Establecer la influencia de la autoestima familiar en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016.
- Establecer la influencia de la autoestima social en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la Investigación

2.1.1.- Antecedentes Nacionales

Díaz, J. (2004) menciona sobre “Violencia Familiar y su relación con los niveles de autoestima en mujeres del distrito de la banda de Chiclayo enero a mayo del 2003”, para obtener el grado académico Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional de San Martín. El objetivo del estudio es determinar la relación que existe entre la violencia familiar y los niveles de auto estima del distrito de Shilcayo enero – mayo 2003. La Hipótesis de la Investigación es “a mayor Violencia Familiar y su relación con los niveles de autoestima en mujeres del distrito de la banda de Shilcayo enero a mayo del 2003”. La metodología que se utilizó en el estudio fue de tipo descriptivo correlacional. El universo estuvo constituido por 925 mujeres que pertenecen a los clubes de madres con edad de 18 – 42 años, a los cuales se le aplicó el test de Murillo. Así que, se seleccionó el número de mujeres violentadas en el último mes previo a la encuesta, que fue 448, lo que representa al 48.4% de las mujeres, y esto constituye la población. Se aplicó el cálculo de la muestra del estudio, y se obtuvo una muestra de 130 mujeres, la cual fue seleccionada para el muestreo sistemático. Entre los resultados se encontró de un total de 130 mujeres, 89 obtuvieron puntaje de 5 a 9 puntos con 68.4 % y 41 mujeres obtuvieron de 1 a 4 puntos con 31.6%, lo que demostró que si existe violencia familiar en gran escala. En tanto que, los niveles de auto estima oscilan entre 64.6% para aquellas con autoestima inadecuada y el 35.4 % con auto estima adecuada. Del 31.6% que tienen puntaje de violencia 1 – 4 puntos, el 80.5 % presenta autoestima adecuada. Las conclusiones del estudio son: “Las mujeres del distrito de la banda de shilcayo víctimas de violencia, tienen un autoestima inadecuado bajo con un 64.6% y 35.4% de autoestima inadecuada alta.”

Flores, N. (2015) refiere en su tesis titulada “Expectativas y Demandas de las Mujeres Víctimas de Violencia: un estudio sobre las unidades de atención en la lucha contra la violencia hacia la mujer, en el distrito de villa maría del triunfo”, para obtener el grado de Magíster en Gerencia Social, en la Pontificia Universidad Católica del Perú. El Objetivo de investigación es identificar áreas de mejora en el servicio que brindan las unidades de atención en la lucha contra la violencia hacia la mujer. La metodología para la realización de la investigación se estructura en cuatro etapas que pretenden integrar los medios e instrumentos para determinar si el servicio que brindan las unidades de atención en la lucha contra la violencia hacia la mujer, Centro Emergencia Mujer, Policía Nacional del Perú-Comisaría y Ministerio Público-Fiscalía de Familia, en el distrito de Villa María del Triunfo, responde a las demandas y expectativas de las víctimas de violencia, así como conocer la percepción de las mujeres víctimas de violencia sobre la calidad de los servicios que reciben. Las etapas en las que se ha estructurado la metodología de trabajo han sido las siguientes: Etapa I. Enfoque Cualitativo: Focus Group; Etapa II. Enfoque Cualitativo: Entrevistas Estructuradas; Etapa III. Enfoque Cuantitativo: Encuesta de Percepción de la calidad y Encuesta de conocimiento de los servicios de las Unidades de Atención en la lucha contra la violencia hacia la mujer; y, Etapa IV, Áreas de Mejora. Los resultados de la investigación indican que “la medición de las expectativas generadas en las mujeres víctimas con relación a la percepción del servicio recibido y las diferencias identificadas se constituye como una brecha significativa de insatisfacción de las mujeres víctimas del Distrito de Villa María del Triunfo”.

Chapa, S. (2011) indica en la tesis titulada: “Presencia de Violencia Familiar y su Relación con el Nivel de Autoestima y Rendimiento Académico en Estudiantes de la Secundaria I.E N° 0031 María Ulises Dávila Pinedo Morales”, para obtener el grado de Licenciada en enfermería, en la Universidad Nacional de San Martín. El objetivo de investigación es determinar si la presencia de violencia familiar está relacionada con el nivel de autoestima y el nivel de rendimiento académico en la población en estudio. Las conclusiones establecen que “Si existe relación significativa entre las variables nivel de autoestima y rendimiento académico con la variable violencia familiar, esto mediante la prueba de ji – cuadrado, con un nivel de confianza de 95%”.

Robles, L. (2012) investigaron sobre el tema “Relación Entre Clima Social Familiar y Autoestima en Estudiantes de Secundaria de una Institución Educativa del Callao”, para obtener el grado de Maestro en Educación, con Mención en Aprendizaje y Desarrollo Humano, en la Universidad San Ignacio de Loyola. El Objetivo de la investigación es establecer si existe relación entre el clima social familiar y la autoestima en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa del Callao. La Hipótesis de la investigación es que “Existe relación significativa entre el clima social familiar y la autoestima en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa del Callao.” Las Conclusiones establecen que “El clima social familiar presenta una tendencia de una correlación baja que incide en la autoestima de los estudiantes de Secundaria de una Institución Educativa del Callao.

Arango, E. y Limascca, N. (2012) trabajaron sobre el tema “Violencia contra la mujer y no uso de métodos anticonceptivos Hospital San Juan de Lurigancho – 2011”, para obtener el grado de Licenciada en Obstetricia, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El objetivo de la investigación es analizar la relación entre la violencia contra la mujer y el no uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden a los consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de noviembre a diciembre del 2011. La Hipótesis de la investigación es “La violencia contra la mujer se relaciona con el no uso de métodos anticonceptivos.” Las Conclusiones establecen que “La violencia psicológica contra la mujer se relaciona 13 veces más con el no uso de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas de 20 a 44 años. La violencia física contra la mujer se relaciona 6 veces más con el no uso de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas de 20 a 44 años. La violencia sexual contra la mujer no se relaciona de forma significativa con el no uso de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas de 20 a 44 años.”

2.1.2.- Antecedentes Internacionales.

De Lujan, M. (2013), menciona un estudio sobre “Violencia Contra las Mujeres y Alguien Más...” para obtener el grado de Doctor en Derecho, en la Universidad de Valencia (España). El objetivo de investigación es analizar desde una mirada multidisciplinar lo qué significa la violencia contra las mujeres y qué consecuencias se evidencian en su salud psicofísica al atravesar experiencias asociadas con los malos tratos. Las Conclusiones del estudio establecen que: “La violencia contra la mujer y sus asimilados es la expresión más despiadada de la desigualdad entre varones y mujeres. Y clara vulneración de los derechos humanos. Cuando nos referimos al maltrato estamos siempre ante una conducta disvaliosa generada por el agresor, por lo general el varón y dirigida hacia la víctima, en su mayoría mujeres y/ o a sus asimilados porque vulnera derechos personalísimos y ataca a la dignidad de la persona. El origen de la violencia contra la mujer y la intrafamiliar es una situación de abuso de poder, por razón de sexo y también por edad.”

Pulgar, M. (2011) refiere sobre la tesis de “Prevención de la Violencia de Género en las Mujeres de la Ciudadela cemento Chimborazo de la Ciudad de Riobamba, Provincia Chimborazo 2010”, para obtener el grado de Licenciada en Promoción y Cuidados de la salud, en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo- Ecuador. El Objetivo de investigación es describir las características de la Violencia de Género en la Ciudadela Cemento Chimborazo. El método de estudio es cuantitativo. Las conclusiones establecen que “Las mujeres del grupo dicen acceder a ocupaciones menos valoradas social y económicamente y, por tanto de menor remuneración, aun cuando sus niveles de educación son similares o superiores a los hombres porque existe aún el machismo y la discriminación salarial por Género. Es así que, la implementación de los Módulos Educativos facilitó el desarrollo de habilidades y conocimientos que tienen las mujeres hacia la sociedad para que puedan llegar a tener un mejor estilo de vida. Asimismo, mediante el test de Autoestima que se aplicó antes y después de la intervención con módulos educativos se puede observar el cambio de actitud de cada una de las mujeres del grupo. Por ello, se recomienda desarrollar programas y proyectos de intervención en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo destinados a prevenir la Violencia de Género, para reducir la desigualdad entre hombres y mujeres, sobre

todo en lo que respecta a la división de trabajo por Género, aumentando la autonomía política y económica de las mujeres.

Rincón, P. (2003) en su trabajo de investigación realizó “Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica: Evaluación de Programas de Intervención”, para optar al grado de Doctor, en la Universidad Complutense de Madrid – España. El objetivo de investigación es establecer un programa de tratamiento breve y eficaz para mujeres víctimas de violencia doméstica que sufren trastorno de estrés postraumático. Las conclusiones establecen que: “Las terapias psicológicas son relativamente eficaces en el tratamiento del TEP. A pesar de la eficacia moderada de las terapias psicológicas, hay superioridad respecto a las terapias farmacológicas, única alternativa clínica viable, que por tanto queda descartada. Dentro de las terapias psicológicas, parece ser que la exposición es la terapia que ha demostrado ser más efectiva en el tratamiento del trastorno. Con respecto al resto de las intervenciones psicológicas, claramente el entrenamiento en relajación es descartado por su inferioridad frente a otras técnicas. En cuanto a las técnicas cognitivas y a los programas multicomponentes (principalmente exposición y reestructuración cognitiva), se observa que las investigaciones publicadas hasta la fecha no son claras respecto a la eficacia de los distintos componentes terapéuticos, algunas señalan que tanto la exposición como los componentes cognitivos son eficaces, sin haber diferencias significativas entre ellos, y otras (un gran número) que la exposición es por sí sola efectiva para tratar este trastorno, sin necesidad de utilizar componentes cognitivos. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones en el área mezcla ambos componentes en un mismo protocolo de tratamiento y las diversas teorías que explican el TEP avalan esta decisión.”

Alvarez, A. Sandoval, G. y Velásquez, S. (2007) realizaron la investigación sobre: “Autoestima en los (as) alumnos (as) de los 1º medios de los Liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar (I.V.E.) de la ciudad de Valdivia”, para obtener el Grado de Licenciado en Educación, en la Universidad Austral de Chile. El Objetivo de la investigación es identificar, por medio del inventario de Coopersmith, el nivel de autoestima del conjunto de alumnos de los primeros medios de los tres liceos más vulnerables de Valdivia. Las Conclusiones del estudio establecen que: “La

autoestima, a pesar de ser un aspecto relevante para el desarrollo del adolescente, no es trabajada con la debida importancia o no se aborda porque no existe personal capacitado para mejorar problemas que se generan en torno a ella. El trabajo en muchos establecimientos es, por lo tanto, insuficiente. En el caso de los liceos vulnerables la situación es más preocupante, ya que la autoestima casi siempre es baja, lo que conlleva a problemas académicos, familiares y sociales.”

Ortiz, A. (2005) investigó el tema: “Violencia Doméstica: Modelo Multidimensional y Programa de Intervención”, para obtener el Grado de Doctor, en la Universidad Complutense de Madrid. El objetivo de la investigación es conocer y analizar el perfil de las personas agresoras, para aplicar un Programa de Intervención para Agresores que atienda mejor sus necesidades en el proceso de reinserción social. La Hipótesis de investigación es que la violencia doméstica guarda una estrecha relación con factores de vulnerabilidad del componente estructural: personas o sujetos, familias, redes de apoyo y contexto social. Las conclusiones establecen que: “El programa de intervención para los agresores toma en cuenta su aprendizaje social, sus distorsiones cognitivas, sus estrategias de afrontamiento, su capacidad para aprovechar la ayuda que se le brinda y así poder desarrollar una nueva cosmovisión, una mejor conceptualización y apreciación de sí mismo. Un efecto inmediato del programa de intervención para agresores es el respeto a la mujer como persona, independientemente del tipo y contexto de relación.”

2.2.- Bases Teóricas de las Variables.

2.2.1. Definición de autoestima.

La mayor cantidad de investigación publicada, sin embargo, aborda la autoestima mayoritariamente desde una perspectiva cognitiva. Desde esta perspectiva, la autoestima es eminentemente una autoevaluación del sí mismo.

William James, precursor de los estudios del self, en 1890, define la autoestima como “la evaluación global de la propia autovalía” (1989). Rosenberg (1973), (p. 63-75.) definió la autoestima básicamente como la evaluación positiva o negativa

del sí mismo. Y mas adelante, Susan Harter, (1999) define la autoestima como la dimensión evaluativa y afectiva del autoconcepto.

Diversos autores han planteado que esta autoevaluación no es meramente la sumatoria entre las cualidades y defectos que cada quien hace de sí mismo, sino que la valencia de esta evaluación dependerá del valor o importancia que se le otorga a las características evaluadas (Rogers, 1967). Siguiendo esta línea Harter (1999) plantea que mientras mayor es la discrepancia entre el valor que una persona le asigna a cierta área o capacidad, y la percepción de competencia en dicha área, menor es el sentimiento de autoestima. Esto se relaciona con lo planteado por James (1989) quien define la autoestima como el resultado de la razón entre el éxito que se tenga y la expectativa de éxito que se tenga.

Desde la psicología social, Oñate y García (2007) conceptualizan la autoestima como “la fuerza más profunda del hombre, en su tendencia a llegar a ser él mismo”. (p.248). En este caso la autoestima es considerada como la fuerza interior en búsqueda de la autoafirmación y auto concepto de la persona. En función a lo expuesto es que Eagly (2005) define la autoestima como: “el adecuado desarrollo del proceso de identidad, conocimiento de sí mismo, así como su valoración sentido de pertenencia, dominio de habilidades de comunicación social y familiar, sentimiento de ser útil y valioso, orientado a establecer el propio autoconcepto y autoafirmación.” (p.3).

De esta forma, Furth (2004) considera que “Una imagen favorable de si mismo puede ser la clave del éxito y de la felicidad durante la vida, ya que permite a la persona reconocer sus logros y fracasos, confiar en sus propias capacidades, aceptar y tolerar la crítica, tomar riesgos, hacer frente a los obstáculos y solucionar los problemas de manera efectiva”. (p. 17)

Maslow (2014) dentro de la psicología social y especialmente en la teoría de la motivación, afirma que la autoestima es una necesidad o deseo de una valoración alta de si mismo, con una base firme y estable, y que todas las personas tienen la necesidad de auto-respeto o de autoestima y de la estima de otros.

Por otro lado, visiones algo más fenomenológicas definen la autoestima desde el sentimiento de quererse uno mismo. Coopersmith, (1967), uno de los autores clásicos en el tema, define la autoestima como “la evaluación que el individuo hace de sí mismo y que mantiene de forma duradera; expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso”. Para Kernis (2003), la autoestima global es un constructo afectivo que consiste en emociones relacionadas con sentirse valorado, querido, y aceptado.

En este contexto, Páez, Mayordomo, Zubieta, Jiménez & Ruiz (2004) definen a la autoestima como: “La actitud de la persona respecto a ella misma, constituyendo el componente evaluativo del auto-concepto. Por otro lado, la autoestima personal son los sentimientos de respeto y de valor que una persona siente sobre ella. Las personas con mayor auto-estima resisten mejor ante hechos estresantes, muestran mayor conducta adaptativa e informan de una mejor salud mental: mayor bienestar, menor ansiedad, depresión y timidez. Las personas con menor autoestima poseen un autoconcepto menos positivo que las personas con alta autoestima, aunque no tienen más información negativa sobre sí mismos”. (p.127)

De igual forma Iannizzotto (2009) plantea que: “El término autoestima es el sentimiento que surge en nosotros después de la captación de la persona que somos. Comprendemos, pues, a la autoestima como una valoración, y como tal es un acto combinado de conocimiento y afectación. Conocimiento de sí mismo, autoconcepto y estado afectivo consecuente de estima o rechazo”. (p.81)

La autoestima es el soporte donde se sujetan y se apoyan otras vivencias afectivas. Por ello vemos a personas, muy desestimadas de sí mismas, que no son capaces de valorar positivamente nada de lo que tienen o las rodea. Esta comprensión de la autoestima como “centro y soporte” de la vida afectiva pasa desapercibida desde otras perspectivas.

2.2.2. Elementos que conforman la autoestima

Los conceptos de autoimagen, autovaloración y autoconfianza se consideran claves para entender el proceso de la autoestima, ya que éstos son los componentes que conllevan a la estimación propia.

2.2.2.1. Autoimagen.

La autoimagen es el “retrato” que la persona tiene de sí misma, siendo esta visión fidedigna, o sea, una imagen real del individuo. Esta capacidad de verse a sí mismo no mejor ni peor de lo que se es, considera un proceso de toma de conciencia de los deseos, sentimientos, debilidades, virtudes, etc., para obtener una autoimagen realista.

Una de las principales causas de una autoestima inadecuada es la falta de claridad en el conocimiento de sí mismo, lo que provoca sentimientos de superioridad o inferioridad, además de la ignorancia acerca de los defectos y virtudes que se poseen.

Las afirmaciones que puede plantear el individuo al momento de verse a sí mismo son: ¡me veo bien! o ¡me veo mal!

2.2.2.2. Autovaloración.

La autovaloración es apreciarse como una persona importante para sí y para los demás. Cuando la persona tiene una buena autoimagen es porque valora positivamente lo que ve y tiene fe en su competitividad. Por el contrario, cuando la persona tiene una autoimagen dañada es por la autoevaluación negativa que posee acerca de sí, lo que afecta a la capacidad de quererse y conocer sus virtudes.

Las exclamaciones que hace la persona al valorarse son ¡valgo mucho! o ¡valgo poco!

2.2.2.3. Autoconfianza.

La autoconfianza consiste en considerarse capaz de realizar diferentes cosas de manera correcta. Esta convicción interna permite al individuo sentirse tranquilo al

momento de enfrentar retos y provoca cierta independencia frente a la presión que pueda ejercer un grupo.

Una persona que no confíe en sí misma es insegura y conformista, lo que se une a la impotencia e incapacidad para realizar tareas nuevas.

Las afirmaciones que realiza el individuo al momento de enfrentar un reto pueden ser ¡puedo hacerlo! o ¡no puedo hacerlo!.

2.2.3. Función de la autoestima

Para analizar la función de la autoestima se revisa tres aristas: la autoestima como parte del self, la autoestima en la salud mental, y la autoestima como proceso.

2.2.3.1 La autoestima como parte del self

El self cumple roles relevantes durante el ciclo vital, los cuales son distinguibles en cada etapa. Particularmente en la infancia, desde distintos autores, se puede describir que el self tiene funciones organizacionales, entrega esquemas de acción que apoyan la autorregulación, permite la emergencia de memorias autobiográficas, sirve para definir el self y establecer relaciones sociales (Harter, 1999).

En los adultos, desde la perspectiva cognitiva se menciona tres funciones del self (Harter, 1999):

- Función organizacional: permite mantener una visión coherente de uno mismo a lo largo de la vida y dar significado a las experiencias vitales. También permite establecer vínculos sociales y ayuda a la autorregulación y al comportamiento social, entregando información relevante para el sí mismo.
- Función motivacional: energiza al individuo a lograr ciertas metas, provee de planes e incentivos e identifica estándares que permiten el crecimiento o desarrollo del self.
- Función protectora: mantiene una visión favorable de uno mismo enfocada en maximizar el placer y minimizar el dolor.

La valoración positiva de este self es relevante para la propia construcción del self. Epstein y sus colegas (en Harter, 1999) han identificado cuatro necesidades básicas que requiere la construcción de un self: 1) mantener un sentido favorable de sus atributos, 2) maximizar el placer y minimizar el dolor, 3) desarrollar y mantener una imagen coherente del mundo, y 4) mantenerse relacionado con otros.

Los afectos positivos sobre el sí mismo, como el orgullo, sirven para potenciar la inversión emocional en las competencias de cada cual y energizan a la persona hacia logros futuros. Las emociones negativas hacia el self, particularmente la culpa, también son funcionales al provocar conductas dirigidas hacia la reparación, la revinculación y la mantención de los apegos emocionales (Harter, 1999).

En relación al vínculo con otros, se ha identificado otra función social de la autoestima, la de evitar la exclusión social. Cuando las personas se comportan en un modo que aumente el rechazo hacia ellos, ellos experimentarán una baja de su autoestima, por lo tanto la autoestima sirve como monitor de la aceptación o rechazo social.

2.2.3.2 La autoestima y la salud mental

La relación entre autoestima y salud mental ha sido ampliamente estudiada, sin embargo existen controversias respecto a los reales efectos de la autoestima sobre aspectos de la salud mental, y la dirección de dicha relación.

Existe una tesis que plantea que cuando una persona tiene una buena salud mental, su autoestima no es una preocupación para ella ya que dicha persona no se cuestiona el valor de sí misma (Kernis, 2003). Pero la realidad, al menos desde la psicología clínica, es que el cuestionamiento del valor de cada quien es algo relativamente recurrente en la consulta psicológica (Emler, 2001).

En las investigaciones que vinculan autoestima con salud mental, la autoestima ha sido estudiada desde tres perspectivas: como una variable predictora (cuando se estudia la diferencia en las conductas entre personas con alta y baja autoestima), como un resultado o consecuencia (cuando se estudia como distintas experiencias

afectan la autoestima), o como una variable mediadora (cuando se estudia el rol de la autoestima en distintos procesos psicológicos).

Varios estudios han demostrado que el bienestar subjetivo correlaciona significativamente con autoestima y que existe una correlación alta entre autoestima y felicidad (Baumeister et al., 2003). Una posible explicación para la relación entre autoestima y bienestar, es que una autoestima alta cumpliría una función de amortiguador frente a impactos negativos. Personas con autoestima alta usan estrategias que les permiten seguir sintiéndose valiosas pese a una experiencia de fracaso, por tanto la autoestima sirve para regular las reacciones afectivas a los eventos negativos. En una perspectiva un poco más amplia, se puede describir la baja autoestima como un factor de riesgo, y la alta autoestima como un factor protector de la salud mental.

Más específicamente, se ha relacionado una alta autoestima con: éxito ocupacional, relaciones sociales saludables, bienestar subjetivo, percepción positiva de parte de los pares, persistencia en caso de fracaso, y mejores habilidades de autorregulación. Sin embargo, también se han encontrado consecuencias negativas para una autoestima alta. Así, se ha visto que personas con alta autoestima reaccionan en forma defensiva cuando son amenazadas, y que pueden experimentar una “persistencia improductiva” ante algunas tareas.

La mayor cantidad de investigación sobre los “riesgos” de la autoestima alta se centra en la relación entre autoestima, agresividad, y narcisismo. A partir de estas investigaciones se ha planteado que se pudiera distinguir una “autoestima alta frágil” de una “autoestima alta segura” (Kernis, 2003). Así, una autoestima frágil también es una “autoestima contingente”, “autoestima defensiva” y una “autoestima inestable”.

A pesar de la controversia respecto de las ventajas –o no- de una alta autoestima, sí hay acuerdo que una baja autoestima puede tener efectos negativos sobre la salud mental. Concretamente, la baja autoestima se ha relacionado con síntomas depresivos, ansiedad, anorexia y bulimia (Baumeister et al., 2003). Emler (2001) describe a partir de estudios clínicos que aquellos con autoestima baja tienden a

presentar depresión, tener embarazo adolescente, tener pensamientos suicidas, experimentar el desempleo (en los varones), tener desórdenes alimenticios (en las mujeres), tener dificultad en formar y mantener relaciones de pareja. Sin embargo, aquellos con autoestima baja no suelen cometer crímenes, abusar de sustancias ilícitas, tomar alcohol, fumar en exceso, abusar de niños/as, o reprobado académicamente (Emler, 2001). En síntesis, Emler (2001), plantea que personas con autoestima baja se tratan mal a sí mismas pero no tienden a tratar mal a otros. Por otro lado, Campbell (1990 en Kernis, 2003), plantea que personas con autoestima baja tienen poca claridad respecto de su autoconcepto.

Particularmente en la infancia se ha encontrado que niños/as con autoestima alta son independientes, responsables, toleran la frustración, enfrentan nuevos retos con confianza, y son capaces de ayudar a otros. En cambio niños/as y adolescentes con autoestima baja son más proclives a tener depresión y a tener tendencias suicidas (Harter 1993, en Kernis 2003).

2.2.3.3 La autoestima como proceso

Finalmente encontramos quienes plantean que la autoestima no es un fin en sí mismo sino que un medio. Iannizzotto, (2009) plantea: Los sentimientos de autoestima en particular, y la felicidad en general, se desarrollan como efectos secundarios: de superar los problemas, de realizar las tareas con éxito, de vencer la frustración y el aburrimiento, y sobre todo de obrar y de hacer el bien. El sentimiento de autoestima es un efecto de hacer las cosas bien y de hacer el bien. Y una vez que ésta se ha asentado en el niño, mueve a nuevos esfuerzos, en búsqueda de nuevos logros (p.103).

En la misma línea, es posible sostener que no se debe tener como meta el lograr tener una autoestima alta, sino que la autoestima debe estar presente en un nivel suficiente que permita tener la confianza para emprender nuestras metas. Aumentar el nivel de autoestima no parece aumentar la probabilidad de que una persona logre sus metas.

Por lo tanto, desde esta perspectiva la autoestima tiene una función mediadora en el proyecto de vida de las personas.

2.2.4. Tipos de autoestima.

Durante la última década, han surgido distintas “denominaciones” para la autoestima global. Distinguiéndose los siguientes tipos de autoestima:

a) Autoestima explícita: es la autoestima que surge producto de la expresión verbal y consciente. Por ello sería producto de una expresión controlada, deliberada, lógica, consciente y reflexiva. La autoestima que surge de los autorreportes de autoestima suele ser de este tipo. La mayor cantidad de investigación respecto de la temática de autoestima describe este tipo de autoestima, cuya denominación “explícita” solo aparece en contraposición a la autoestima implícita, la cual surge hace una década atrás.

b) Autoestima implícita: es el resultado de los procesos automáticos de autoevaluación, y por tanto reflejan las asociaciones inconscientes con el self. Surgen como contraposición a las evaluaciones de autoestima basadas en los autorreportes, en los cuales es la propia persona quien responde consciente y abiertamente a cuestiones relacionadas con su sí mismo. La autoestima implícita se evalúa a través de mediciones indirectas, como es la prueba de las iniciales o en test proyectivos.

La correlación entre autoestima implícita y autoestima explícita no está clara. Hay estudios que encuentran relación y otros que no la encuentran, sin embargo sí hay consenso que tiene a la base el mismo constructo, es decir, la autoestima.

Las implicancias o funciones de la autoestima implícita son más o menos las mismas que las de la autoestima explícita (las que se describirán en un acápite posterior). Se ha encontrado que la función de buffer o amortiguador que la autoestima explícita tiene ante experiencias amenazantes también la cumple la autoestima implícita. Así, personas con baja autoestima implícita muestran menores expectativas después del fracaso que las personas con alta autoestima implícita.

c) Autoestima contingente: La autoestima “contingente” se refiere a sentimientos acerca de uno mismo que dependen de alcanzar algún estándar de excelencia o de

cumplir ciertas expectativas interpersonales o intrapsíquicas (Deci & Ryan, 1995 en Kernis, 2003). Esto correspondería a lo que se distingue al definir la autoestima como un “estado” versus un rasgo. Siguiendo a William James, es posible plantear que este tipo de sentimientos serían “sentimientos de autovalía”, como serían la vergüenza o el orgullo, las cuales son contextuales, y no son analogables a lo que es la valoración global de una persona. La autoestima contingente, según Kernis, (2003), correspondería a una autoestima frágil.

d) Autoestima óptima: serían sentimientos positivos acerca del self, que son estables, que no son modificados por eventos o resultados contingentes y que son acompañados o basados en una autoestima implícita positiva (Kernis, 2003). Kernis, (2003), postula el concepto de autenticidad como algo central dentro de la autoestima óptima.

2.2.5. Niveles de autoestima

Según como se encuentre la autoestima, ésta será responsable de muchos fracasos o éxitos, ya que éstos están intrínsecamente ligados. Una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, así como también es la base de una salud mental y física adecuada, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Maslow (2014) creó la conocida “Jerarquía de necesidades”. Ésta, además de considerar las evidentes necesidades como el agua, aire, comida y sexo, se amplía a cinco grandes bloques: las necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad y reaseguramiento, la necesidad de amor y pertenencia, necesidad de estima y la necesidad de actualizar el sí mismo (self). Dentro de la necesidad de estima comienza a haber aproximación con la autoestima. Maslow describió dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La baja autoestima es la del respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio; en cierto sentido, es la autoestima que se genera por factores externos, por lo que las otras personas provocan en el individuo. En cambio, la alta autoestima comprende las necesidades de respeto por uno mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza,

competencia, logros, maestría, independencia y libertad, o sea, es la que el individuo genera en sí mismo.

A. La Autoestima Alta.

La autoestima positiva o autoestima alta se desarrolla cuando la persona posee respeto y estimación de sí misma, a la vez que demuestra un sentimiento de superación a través del tiempo. No se considera mejor ni peor que el resto y, además, logra reconocer sus falencias.

La autoestima alta, según Plummer (1983) se relacionaba con la ejecución competente, porque las personas iniciaban conductas de búsqueda de ayuda y por esto podían completar satisfactoriamente las tareas encomendadas, a diferencia de los que poseían una autoestima baja. Una persona con autoestima positiva manifiesta sentimientos de autoconfianza, necesidad de ser útil, autonomía, fuerza, etc., lo que conduce, de algún modo, a la felicidad y madurez.

Según Collarte (1990) la autoestima depende de los siguientes factores:

- Sentido de seguridad: éste se forma poniendo límites realistas y fomentando la responsabilidad y el respeto.
- Sentimiento de pertenencia: se desarrolla al fomentar la aceptación, la relación con las demás personas y entre las personas, la incorporación a trabajos colectivos y a la creación de ambientes adecuados y positivos.
- Sentido del propósito: éste se obtiene permitiendo la fijación de objetivos (metas) a través de la comunicación de las expectativas y el establecimiento de la confianza.
- Sentido de competencia: se logra con la realización de opciones propias y la toma de decisiones, donde la autoevaluación y el reconocimiento de logros tiene un papel fundamental.

Por lo tanto, de lo anterior se puede concluir que una persona con autoestima alta o un adolescente con autoestima positiva presentará las siguientes actitudes:

- Una persona con autoestima sabrá elegir y decidir qué hacer con su tiempo, dinero, ropa y sus pertenencias, pues tendrá seguridad en sí mismo y asumirá con responsabilidad ciertas tareas o necesidades.
- Una persona con autoestima alta tendrá una mayor aceptación de sí mismo y de los demás. Le interesarán los desafíos, las tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que le permitan aprender o experimentar sensaciones nuevas, realizando esto con confianza.
- Tendrá confianza en las impresiones y en los efectos que él produce sobre los demás miembros de su familia y amigos, e incluso sobre personas con mayor autoridad que él. No tendrá temor para expresar sus emociones como el reír, llorar, reírse de sí mismo, o decir lo que piensa, pues confía en quién es y cuánto vale.

B. La autoestima baja

La autoestima implica éxito, según James (1980). Aunque Epstein (1987) “señalaba que si el éxito está implicado en la autoestima, entonces la posibilidad del fracaso también está presente. Una autoestima alta puede derivar en dificultades para relacionarse con sus pares, principalmente en términos de sensibilidad hacia las necesidades o limitaciones. Lo importante, entonces, es que la persona tenga una autoestima equilibrada, para así desarrollarse plenamente”.

Por el contrario, la autoestima negativa o autoestima baja provoca carencia de respeto, insatisfacción personal y desprecio. Como la autoimagen es desagradable, el individuo desearía cambiarla, produciéndose una frustración personal, inclusive rabia, al no creerse capaz de convertirse en una persona mejor. Una baja autoestima produce relaciones negativas entre la persona y su medio afectivo y social (familia, compañeros, amigos, etc.).

Branden afirma que “aparte de los problemas biológicos, no existe una sola dificultad psicológica que no esté ligada a una Autoestima Deficiente: Depresión, Angustia, Miedo a la intimidad, Miedo al éxito, Abuso de Alcohol, Drogadicción, Bajo rendimiento escolar, Inmadurez Emocional, Suicidio, etc. Y esto sucede porque el individuo está muy vulnerable y este concepto está ligado íntimamente a una autoestima baja” (Branden, 1993: 57).

Según Baumeister (1993) un individuo con esta característica será muy susceptible a sufrir algún daño de su entorno social; será como una herida abierta que al menor roce produce dolor y escozor. Esta situación puede derivar en provocar en el individuo una distorsión en cuanto a la percepción de sí mismo, siendo ésta negativa o bloqueando otras percepciones como los aspectos positivos de una situación, es decir, son muy sensibles a la información negativa de sí mismos.

Una persona con baja autoestima suele ser insegura, desconfía de sus propias facultades y no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse. Constantemente está necesitando la aprobación de los demás, pues posee muchos complejos. Su percepción distorsionada de la realidad llega, incluso, a afectar su apreciación física. Todo le produce un sentimiento de inferioridad.

Algunas de las actitudes de una persona con baja autoestima son:

- Autocrítica dura y excesiva que mantiene a la persona en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, por lo que se siente exageradamente atacado, herido; hecha la culpa de los fracasos a los demás o a la situación.
- Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir “no”, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.
- Perfeccionismo, autoexigencia esclavizadora de hacer bien todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- Culpabilidad neurótica, por lo que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas; exagera la magnitud de sus errores.
- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia.
- Tendencias defensivas, es decir, un negativo generalizado junto con una inapetencia del gozo de vivir y de la vida misma.
- Falta de confianza en sí mismo, bajo rendimiento, visión distorsionada de sí mismo y de los demás. Una vida personal infeliz.

- Sentirse impotentes y autodestructivos. Repentinos cambios de humor.
- Inhibición de la expresión de los sentimientos por miedo a no ser correspondido.

Para concluir, es posible señalar que una persona con alta autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se presenten para trabajar productivamente y ser autoeficiente; comparte, invita a la integridad, siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso. Sabe apreciar su propio valer y el de los demás; por ello solicita ayuda, irradia confianza y esperanza y se capta a sí mismo como ser humano. En cambio, una persona con autoestima baja, sufre en forma crónica efectos negativos, especialmente sentimientos de inferioridad. Esto hace a las personas ansiosas, depresivas, aunque investigaciones más recientes han demostrado que los individuos con autoestima baja tienden a ser más precavidos, más auto-protectores y más conservadores que arriesgados; es como una protección a la vulnerabilidad.

2.2.6. Componentes de la autoestima según Coopersmith.

Coopersmith (1992) considera que existe una Autoestima global y autoestimas específicas o componentes que el sujeto va evaluando y asimilando de acuerdo a sus debilidades y fortalezas:

2.2.6.1. Autoestima general.

Está referida a la evaluación general que presenta el sujeto con respecto a sí mismo, dando a conocer el grado en que se siente seguro, capaz valioso, significativo, siente confianza y responsabilidad de sus propias acciones y tiene estabilidad frente a los desafíos; generalmente alcanzan un alto grado de éxito, reconocen sus habilidades así como las habilidades especiales de otros.

Un individuo con una buena percepción de sí mismo establece una mejor comunicación interpersonal, lo que deriva en relaciones exitosas con otras personas. Además, el individuo tiende a tolerar el estrés, la incertidumbre y los cambios, busca superar sus fracasos, tiene mayor autonomía personal y logra autorrealizarse. Apoya la creatividad y acepta responsabilidades, desarrollando su liderazgo.

En tanto, las personas que poseen niveles bajos de autoestima general reflejan sentimientos adversos hacia sí mismos, se comparan y no se sienten importantes, tienen inestabilidad y contradicciones. Mantienen constantemente actitudes negativas hacia sí mismos.

2.2.6.2. Autoestima social.

En esta área el sujeto posee mayores dotes y habilidades sociales, puesto que sus relaciones con amigos y colaboradores serán positivas expresando en todo momento su empatía y asertividad, que evidencian un sentido de pertenencia y vínculo con los demás. La aceptación social y de sí mismos están muy combinados; incluye la participación, con liderazgo de la persona frente a diversas actividades con personas de su misma edad, así como también el que se pretende como un sujeto abierto y firme al dar sus puntos de vista, dándolos a conocer sin limitación alguna.

Las personas que tienen una baja autoestima social se caracterizan por desconfiar de sus capacidades al desenvolverse dentro de la comunidad. Son inseguras, por lo que se someten ante otros individuos, evitando asumir responsabilidades. Cualquier desafío que se les presente buscan evitarlo y tratan de que otros enfrenten el problema.

Como las principales características de las personas con baja autoestima social son su poco interés por asumir desafíos y desarrollar relaciones interpersonales, es importante incentivar el desarrollo de su inteligencia emocional en los ámbitos más desvalorados (confianza en sí mismo, intencionalidad o persistencia, curiosidad, capacidad de comunicación, autocontrol para modular y dominar sus propias acciones, cooperatividad).

2.2.6.3. Autoestima familiar.

Está constituida por los diversos sentimientos que se tienen en relación al hogar y a las dinámicas que interactúan dentro de este; indica cuán es el grado en que el sujeto se siente aceptado por su entorno familiar; es decir, en qué medida es aceptado, respetado, amado y comprendido por cada uno de los miembros de su

familia. En esta área si presentan nivel alto de autoestima presentan las siguientes características: buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia, se sienten respetados y considerados, poseen independencia, comparten ciertas pautas de valores u sistemas de aspiraciones con la familia, tienen concepciones propias acerca de lo que esta mal o bien dentro del marco familiar. Mientras que, los niveles bajos reflejan cualidades y habilidades negativas hacia las relaciones íntimas con la familia, se consideran incomprendidos y existe mayor dependencia. Se tornan irritables, fríos, sarcásticos, impacientes, indiferentes hacia el grupo familiar; expresan una actitud de autodesprecio y resentimiento

De esta forma, la familia como la base de la sociedad, cumple un papel importante en la formación de la autoestima. Así, una persona estimulada positivamente, querida y respetada por sus familiares será una persona más segura de sí mismo. Cuando una persona se desarrolla en un ambiente negativo, de violencia intrafamiliar, tendrá una muy baja autoestima. Esta víctima de las agresiones es un potencial maltratador que continuará castigando a la familia que conformará, si es que no se interviene la situación.

2.2.6.4. Dimensiones de la variable de autoestima

Dimensión personal

Aceptación a sí mismo y a los demás, competencia al desafío y problemas. Su énfasis está enmarcado en una visión positiva de la salud mental y en todas las esferas de la vida de las personas, en donde resulta determinante la relación individuo – sociedad, partiendo del reconocimiento de la influencia del contexto socio cultural y las relaciones interpersonales en la construcción de identidad y en la configuración de la propia historia de vida; aspectos que redundan en el bienestar biopsicosocial de cada persona. La forma como se busca abordar la dimensión personal es a partir del favorecimiento de la re-significación de los relatos con los que cada persona interpreta su experiencia de vida y que en ocasiones generan malestares psicológicos y dificultades para el desenvolvimiento adecuado en el contexto civil. Asimismo, se busca fortalecer los vínculos interpersonales y socio grupales, atendiendo a la importancia de éstos en el fomento de la calidad de vida de las personas en proceso de reintegración.

Dimensión familiar

Esta dimensión se fundamenta en el valor de la familia como espacio fundamental de socialización y entorno protector de las personas en proceso de Reintegración y de cada uno de los miembros de su grupo familiar.

En consecuencia el reto fundamental del trabajo por realizar con la familia es el de potenciar su rol dinamizador como entorno protector y canalizador de las experiencias, vínculos y relaciones de sus miembros.

- Planificación positiva de la vida.
- Experiencia en la vida familiar.

Dimensión social

La buena comunicación con el entorno social que nos rodea hacen que una persona desarrolle habilidades de expresarse fácilmente con los demás, mantener una buena relación con nuestros amigos nos permite expresar lo que sentimos, pensamos y queremos y así poder sentirnos parte de una sociedad y sentirnos más seguros de nosotros mismos.

2.2.6.5. Indicadores para medir violencia contra la mujer

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, un tercio de mujeres del mundo son víctimas de violencia física o sexual y la mayoría de los casos de abuso se dan en la relación de pareja. El informe revela además que en América Latina la mayor incidencia de violencia hacia las mujeres se da en la Región Andina, donde el 40,63 % de mujeres sufren violencia por parte de su pareja.

Ante esta situación, la Comunidad Andina a través del Consejo Andino de Altas Autoridades de la Mujer e Igualdad de Oportunidades – CAAAMI, ha iniciado acciones conjuntas con los Institutos Nacionales de Estadísticas para la definición y armonización de Indicadores Andinos sobre Violencia de Género que sirvan de guía para la generación de políticas, el monitoreo y evaluación de acciones y programas a favor de las mujeres andinas.

Durante el taller realizado en la ciudad de Lima los días 2,3 y 4 de septiembre de 2013, se aprobó un grupo de indicadores andinos para medir la violencia contra las mujeres que presenta la subregión:

- Prevalencia de violencia contra las mujeres perpetrada por otra persona diferente a la pareja o ex pareja según grupo de edad y tipo de violencia durante toda la vida
- Prevalencia de violencia contra las mujeres perpetrada por otra persona diferente a la pareja o ex pareja según grupo de edad y tipo de violencia en los últimos doce meses
- Porcentaje de mujeres que buscaron alguna ayuda por la violencia ejercida por el esposo/compañero, entre las mujeres de 15 a 49 años alguna vez casadas o unidas que informaron en la encuesta de violencia física y o sexual en los últimos 12 meses
- Porcentaje de mujeres que denuncian a la(s) autoridad(es) competente(s) la violencia física y o sexual ejercida por el esposo/compañero, entre las mujeres de 15 a 49 años alguna vez casadas o unidas que informaron violencia física y o sexual por parte del esposo / compañero en los últimos 12 meses
- Presupuesto asignado a programas de prevención, mitigación o erradicación de la violencia contra la mujer
- Tasa de Mortalidad por Homicidio de mujeres por cada cien mil mujeres

2.2.7. Concepto de Violencia contra las mujeres.

No existe una definición clara y unánime que designe el problema de la violencia contra la mujer, siendo ésta frecuentemente definida de forma implícita dentro de definiciones más globales de violencia doméstica y de violencia de género.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993 (artículo 1), definió la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida

pública como en la vida privada” (A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994). Como señala la ONU, se trata de una violencia que sufren las mujeres por el mero hecho de ser mujer, es decir, por su pertenencia al género femenino.

La violencia contra las mujeres es una manifestación de la desigualdad de género y una estrategia de subordinación y control de las mismas sustentada en la inequidad de poder entre géneros, incluidas las desigualdades legales, económicas y físicas, entre otras. Aunque a lo largo de la historia se ha pretendido considerarla como un fenómeno “natural” propiciado por la inferioridad física de la mujer y los factores hormonales del hombre que los predisponen a la violencia, la evidencia empírica apunta a que la violencia de género es un hecho social que se da a distintos niveles. A nivel familiar la violencia contra las mujeres se manifiesta a través del maltrato físico, sexual y psicológico. También se da dicha violencia a nivel comunitario, ya que muchos de estos abusos forman parte de la cultura, la religión o las costumbres de una determinada comunidad. A este nivel también se dan otras formas de violencia como la agresión sexual, el acoso sexual e intimidación en el trabajo; la prostitución forzada y tráfico de mujeres; y también se da violencia contra las mujeres en los medios de comunicación con la comercialización del cuerpo femenino y la pornografía. A nivel de estado, se da la violencia política contra las mujeres, por medio de leyes, medidas políticas o tolerancia de la violencia de género por parte de la población (O’Toole y Schiffman, 1997). Ejemplos de formas de violencia contra las mujeres son las mutilaciones genitales, esterilizaciones, abortos selectivos, embarazos forzados, la violación y la tortura en caso de detención (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002). El ciclo vital en el que se encuentra la mujer también determina que la violencia vaya adoptando expresiones diversas, yendo desde el aborto selectivo en función del sexo antes de nacer, hasta el homicidio de viudas en la vejez, pasando por la mutilación genital femenina durante su infancia o el maltrato a la mujer por su pareja en la edad adulta. Asimismo, el entorno socio-cultural y religioso de cada país influye en que se dé un tipo de violencia de género u otra y la mayor o menor incidencia de cada tipo. Así, en España probablemente sean el maltrato a la mujer por su pareja, las agresiones sexuales y el acoso sexual, las tres formas de violencia contra las mujeres más frecuentes (Ferrer y Bosch, 2004).

La violencia contra las mujeres, por tanto, es un fenómeno social que afecta a todas las esferas públicas y privadas de las mismas. Si le otorgamos la connotación de “doméstica”, nos referimos al tipo de violencia que se comete en privado, en el seno de los hogares, y se incluye entre otros tipos de violencia que también se dan en el hogar. Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, (2006), establecen unos criterios mínimos para clasificar un comportamiento como violencia doméstica:

- a) que sea un acto de violencia física, sexual y/o psicológica
- b) que lo lleve a cabo su pareja o ex pareja, u otro miembro de la unidad familiar
- c) que en el caso de que la víctima sea mujer, el agresor esté en una situación de dominio
- d) y que en el caso de la violencia psicológica, ésta se lleve a cabo de una forma reiterada o habitual.

Como vemos, esta terminología se reduce a un tipo de violencia de género que ocurre en privado, dentro de las familias, etiqueta que ha sido tradicionalmente muy utilizada tanto en el ámbito académico como profesional para referirse a la violencia ejercida en la pareja, y más particularmente, a la violencia que el hombre ejerce sobre la mujer. Sin embargo, este término puede resultar confuso ya que, como se puede observar en sus criterios de clasificación, puede referirse también a otros tipos de violencia que se dan en el hogar y entre los distintos miembros que conforman el núcleo familiar. Por otro lado, como señalan Rodríguez, López-Cepero y Rodríguez (2009), no se ajusta adecuadamente al fenómeno al que da nombre ya que no especifica, por ejemplo, quien ejerce la violencia y quien es la víctima ni qué relación hay entre ellos, pero también excluye la violencia que ejerce sobre la mujer su ex pareja que ya no convive con ella o el tipo de violencia que ocurre en las relaciones de noviazgo.

Otros autores utilizan el término de “violencia intrafamiliar, para referirse a la violencia que se comete dentro de la familia perpetrada por cualquier miembro de la unidad familiar y en la que la víctima también puede ser cualquier miembro de la familia, aunque lo más habitual es que sea la mujer o los hijos. Pero también incluye la violencia contra los ancianos y la violencia de la mujer al marido. Sin embargo, aunque el término de violencia intrafamiliar engloba todos estos tipos, la

incidencia de casos de violencia contra el hombre es mucho menor en comparación con los casos de violencia contra las mujeres e hijos, habiéndose estimado que solo el 5% de los hombres son víctimas (O`Toole y Schiffman, 1997). No obstante, hay autores que hablan del “abuso al marido” para denominar los casos de las mujeres que maltratan a sus parejas masculinas. Pero, además de que estos casos son mucho menos frecuentes, se sostiene que si se considera que el término “maltratado” significa violencia con consecuencias físicas, no se ha encontrado evidencia importante para el síndrome del hombre maltratado, siendo la mujer la que es golpeada. Y también se han encontrado otras diferencias cuando quien ejerce la violencia es una mujer. Así, si una mujer agrede a un hombre, es muy frecuente que lo haga en defensa propia (Walker, 1999). Y el tipo de violencia inflingido hacia la pareja masculina suele ser más de tipo psicológico y se comete habitualmente a través de abusos económicos, aislamiento e indiferencia afectiva (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) actualmente se está sustituyendo el término “violencia doméstica” contra las mujeres por “violencia inflingida por la pareja”, para referirse concretamente a los malos tratos físicos, psicológicos, sexuales o de otra índole que sufre la mujer maltratada por parte de su cónyuge, pareja o ex pareja. Ahora bien, el término “violencia” incluye otros comportamientos más sutiles, además de los malos tratos físicos, psicológicos y/o sexuales. Por ello, en este trabajo se utilizará principalmente la denominación “maltrato a la mujer por su pareja” por considerar que es la más apropiada para definir el tipo de violencia de género que constituye el objeto de este estudio, entendiendo maltrato en el sentido de daño ocasionado intencional e ilegítimamente por parte de la pareja (Fontanil et al., 2005). En este término se incluye a los maridos o ex maridos, los compañeros o ex compañeros (es decir, los que conviven o han convivido sin haber contraído matrimonio) y los novios o ex novios (parejas que tienen compromiso tácito o expreso de casarse o vivir juntos) (Alberdi y Matas, 2002; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004).

El maltrato a la mujer por su pareja es una de las formas más comunes de violencia de género en nuestra sociedad. Es posible establecer, que incluye todo tipo de actos violentos o amenazas que recibe una mujer a manos de su cónyuge, pareja, o ex

pareja, y está caracterizado por agresiones físicas (golpes, patadas, palizas...), psíquicas (menosprecio, humillación, insultos, amenazas...) o sexuales (conductas sexuales forzadas), llevadas a cabo reiteradamente en el entorno familiar, vulnerando la libertad de la mujer, que le causan daño físico y/o psicológico y, en casos extremos, la muerte. Aunque no todas las mujeres sufren los tres tipos de maltrato, ni con semejante gravedad, es muy frecuente que éstos se den de manera conjunta y que vaya aumentando su frecuencia e intensidad con el paso del tiempo.

Existen diferencias entre culturas en los niveles de frecuencia y gravedad en los que el maltrato a la mujer por su pareja se manifiesta, dejando al descubierto las actitudes y la percepción que tienen al respecto las diferentes sociedades. De esta forma hay países que han tomado conciencia de la gravedad del fenómeno y han legislado al respecto y creado servicios de atención a las víctimas, mientras que en otros se sigue considerando una cuestión privada, y por tanto, no se hacen esfuerzos por atajarla (Fontanil et al., 2005). A pesar de ello, en los últimos años, en muchos países la sociedad en general ha ido poco a poco tomando conciencia de este grave problema social que supone una amenaza para la democracia, la paz, los derechos humanos y la convivencia entre hombres y mujeres.

El maltrato a la mujer por parte de su pareja empezó a definirse como un problema social gracias al movimiento feminista del siglo XX, iniciado en la década de los sesenta, el cual comenzó a denunciar la violencia sexual contra las mujeres en primer lugar y, más tarde, la violencia en el hogar por parte de sus parejas (Heise, 1997). Pero no fue hasta la segunda mitad de los años ochenta cuando las feministas europeas consiguieron hacerse oír para que sus gobiernos reformaran las leyes sobre la violencia contra las mujeres. A nivel mundial se le dedicó una especial atención cuando en la cuarta conferencia internacional de la mujer de Naciones Unidas, celebrada en China en 1994 (ONU, 1995), se puso de manifiesto que ningún país podía informar de ausencia de violencia a las mujeres en el entorno del hogar, aunque por otra parte la gran variabilidad de los datos presentados evidenciaba el desconocimiento sobre su incidencia. La evolución de la concienciación mundial se hace patente si se tiene en cuenta que entre la primera conferencia de la mujer de Naciones Unidas en 1975, y ésta última, han transcurrido 20 años en los que el problema de la violencia contra las mujeres por parte de sus

parejas ha pasado a ser la mayor prioridad. Además, en esta última ocasión se consiguió un acuerdo respecto a considerar que la violencia en contra de la mujer en su propio hogar supone graves consecuencias para su salud, autoestima, y confianza en sí mismas (Walker, 1999).

En España, el proceso de concienciación social y la consecuente legislación fue mucho más lento ya que no fue hasta la transición a la democracia, y con la Constitución de 1978, la primera vez que se declaró de forma explícita la igualdad legal entre hombres y mujeres como punto de partida (Alberdi y Matas, 2002). Tal avance a nivel de sensibilización de la sociedad, concienciación y legislación de los gobiernos no ha experimentado similar evolución en todas las partes del mundo. En los países en vías de desarrollo, los diferentes gobiernos todavía brindan poco apoyo a las leyes contra la violencia de género y esta preocupación por el maltrato y la discriminación contra la mujer es relativamente reciente y muy vinculada a sectores de la población minoritarios, tales como asociaciones de mujeres u organizaciones internacionales.

A pesar, no obstante, de que los niveles de concienciación social y la evolución experimentada por los distintos países en cuestiones de medidas políticas y legislativas haya tenido distintas evoluciones, el maltrato a la mujer por su pareja afecta a todas las mujeres independientemente de su etnia, cultura, clase social, edad, nivel educativo y económico. Pese a que su incidencia resulta muy difícil de comprobar, se ha encontrado gran diversidad en las variables sociodemográficas, niveles educativos y laborales de las víctimas. De ahí que muchos autores destaquen el carácter universal de este fenómeno, así como la complejidad y la necesidad del análisis diferencial en función de la situación de abuso (Alberdi y Matas, 2002). Además, el impacto en la salud de la mujer es tan grave que, de considerarse tan solo un problema de derechos humanos, pasó a considerarse un problema grave de salud pública.

2.2.8. Tipos de violencia contra la mujer.

Las investigaciones en este ámbito permiten identificar tres tipos fundamentales de violencia o maltrato que el hombre ejerce sobre su pareja, que son: maltrato psíquico, maltrato físico y maltrato sexual. Con esta terminología se hace alusión a

la expresión de la conducta violenta y no a sus consecuencias, ya que como señalan Sarasua y Zubizarreta (2000) un acto de violencia física puede ocasionar secuelas físicas y/o psicológicas en la mujer maltratada.

Los maltratos psíquicos pertenecen a la categoría que menos se ha desarrollado tanto en la investigación como en la clínica (Villavencio y Sebastián, 2001). Son aquellas conductas intencionadas que producen desvalorización o sufrimiento en las mujeres. Se elabora una clasificación que es muy utilizada:

- a) Ridiculización, humillación, amenazas verbales e insultos.
- b) Aislamiento social y económico
- c) Celos, posesividad
- d) Amenazas verbales de maltrato, daño o tortura dirigidos tanto hacia la mujer como a los hijos.
- e) Amenazas repetidas de divorcio, abandono o tener una aventura con otra mujer.
- f) Destrucción o daño de las propiedades personales a las que se le tiene afecto.

Corsi (1995), por su parte, hace una clasificación del maltrato psicológico fundamentada en las actitudes del maltratador hacia la víctima, en la que diferencia tres tipos:

- Hostilidad, que se hace patente a través de insultos, reproches y amenazas.
- Desvalorización, que se manifiesta a través del desprecio de todo lo referente a la víctima, lo que hace, lo que opina o incluso su aspecto físico e indumentaria.
- Indiferencia. Se trata de una forma de maltrato basado en la ignorancia y falta de atención absoluta a la mujer y sus necesidades.

Otra forma de maltrato psicológico sería el que Heise y García-Moreno (2003), denominan conductas de control que consisten, fundamentalmente, en el aislamiento de la víctima apartándola de sus apoyos sociales, en el control y vigilancia de todos sus movimientos y en la restricción en el acceso a información y asistencia.

Los maltratos físicos son todos aquellos actos no accidentales que provocan o pueden provocar daño físico a las mujeres. Dutton (1992) considera que es una conducta consistente en el uso de la fuerza intencional contra el cuerpo de la otra persona con el riesgo de producir lesión, daño o dolor, independientemente de las consecuencias reales de este acto y cualquiera que sea el grado o gravedad de las consecuencias. Algunos de los más frecuentes son bofetadas, patadas, golpes y palizas.

Y los maltratos sexuales son todas aquellas situaciones en las que se le impone a la mujer un contacto sexual o cualquier actividad relacionada con la sexualidad en contra de su voluntad. En otras palabras, se podría definir como cualquier conducta de intimidad sexual forzada a través de la coacción, la intimidación o estado de inconciencia/indefensión de la víctima (Dutton, 1992).

Aunque no todas las mujeres víctimas de violencia doméstica sufren todos los tipos de abuso, sí es muy frecuente que se den de manera conjunta. Sobre todo en el caso de la violencia física y psicológica, que se encuentran íntimamente relacionadas ya que, como afirman Dutton y Golant (1995), una persona se siente ultrajada cuando es golpeada. También resaltan estos autores los efectos de la combinación maltrato físico-psicológico que, al darse simultáneamente, hace que los agresores obtengan como resultado el control y la dominación de sus víctimas.

En muchos casos, en los que las mujeres sufren un único tipo de maltrato, el más frecuente es el psicológico, seguido del físico y por último del sexual (Fontanil et al., 2002). Fontanil et al. encuentran una gran variabilidad en el maltrato psicológico que el hombre ejerce sobre su pareja el cual tiene manifestaciones muy distintas siendo unas más sutiles que otras. Las más mencionadas por las mujeres son los insultos, la humillación y la intimidación, a la vez que comportamientos dominantes por parte del hombre tales como el control de amistades, limitar la relación con la propia familia, limitar el desarrollo profesional, etc. (OMS, 2005). Detrás de este maltrato psicológico a la mujer suele residir el control de la pareja como principal motivación y como reflejo de una situación de abuso de poder (Pérez del Campo, 1995), de ahí la existencia de conductas tan frecuentes en los agresores como los celos, el aislamiento social y el empeño de mantener a la mujer

en una situación de dependencia. Tanto es así que los celos patológicos suelen aparecer con mucha frecuencia en las relaciones de maltrato.

Es importante resaltar la gravedad de las agresiones psicológicas ya que, aunque no dejen marcas visibles, es tan eficaz como los golpes a la hora de paralizar el desarrollo psicológico de una persona. Además, muchos autores coinciden en afirmar que las secuelas del maltrato psicológico son más duraderas, persistiendo aún cuando ya ha terminado la relación violenta. En definitiva, la variabilidad y los efectos devastadores del maltrato psicológico dejan al descubierto que este tipo de agresión no es fruto de una desafortunada reacción puntual que pueda tener el hombre, sino que forma parte de toda una “campaña” de control sobre la víctima donde un objetivo importante es dañar su autoestima.

En cuanto al maltrato físico, la OMS en un Estudio Multipaís (2005), encontró que las agresiones más frecuentes eran una bofetada propinada por la pareja, seguido de un puñetazo, siendo los niveles de violencia física y sexual más altos en los entornos rurales de los distintos países estudiados que en las zonas urbanas. En la mayoría de los casos en los que las mujeres habían sido víctimas de violencia física, ésta no era tampoco un hecho aislado sino que, a menudo, los malos tratos físicos eran frecuentes. Se ha encontrado una relación entre la frecuencia y gravedad de los malos tratos físicos, siendo más frecuente los episodios de violencia psicológica en aquellos casos en los que las mujeres manifestaron haber sido víctimas de violencia física más severa que aquellas que informaron de sufrir violencia moderada. Este tipo de violencia basado en la agresión física a la mujer, persigue principalmente intimidarla y así definir la autoridad del hombre.

En relación a la violencia sexual, en el estudio de la OMS (2005) se encontró que, en la mayoría de los países, ésta se producía a través de fuerza física en casi el 50% de los casos, siendo más frecuente que aquellos casos en los que la mujer accedía a tener relaciones sexuales por temor a sus parejas. Además, en todos los entornos, aunque con un porcentaje menor, las mujeres eran obligadas a realizar actos sexuales que consideraban degradantes y/o humillantes. Una consecuencia de la violencia sexual es la dificultad que encuentra la mujer para protegerse de

embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH.

En muchos casos, la violencia física y sexual persiste aún cuando la mujer está embarazada o incluso se inicia cuando va a tener a su primer hijo, a pesar de las consecuencias tan negativas que este abuso puede suponer tanto para la salud de la mujer como del feto. Un motivo habitual que muchos hombres usan para justificar el maltrato a sus mujeres embarazadas es la duda o sospecha de no ser ellos los padres de ese hijo. Sin embargo, eso no quiere decir que no se dé el maltrato en muchos casos en los que el padre ha dicho que quiere a su futuro hijo y lo reconoce como suyo (Campbell, 1998). Campbell advierte que el maltrato a la mujer durante el embarazo puede servir para identificar familias de riesgo en las cuales los niños también pueden ser maltratados.

Los episodios de violencia se suelen producir en privado, lo que intensifica la indefensión de la mujer (Fontanil et al., 2002). La mayoría de mujeres siempre son golpeadas dentro de la casa, normalmente en la habitación, aunque algunas también son maltratadas en la calle. Respecto a los maltratadores, la mayoría solo son violentos en el hogar, adoptando conductas sociales adecuadas fuera de casa. Dichos hombres utilizan la violencia en el hogar como vía de escape para sus frustraciones, lo que suele ir unido con frecuencia al consumo de alcohol y los celos patológicos.

Ante las agresiones la respuesta de la mujer suele ser generalmente activa: defenderse, aguantar, huir o acceder a las peticiones de la pareja para poner fin al conflicto. Aún así, esta reacción depende de los recursos de los que se dispone y suele atender a una serie de estrategias de supervivencia que la víctima pone en funcionamiento para preservar su seguridad y la de sus hijos (Heise y García-Moreno, 2003).

Los estudios sobre el maltrato a la mujer por parte de su pareja, sitúan el inicio de esta violencia en los primeros años de relación, incluso, en algunos casos, desde los años de noviazgo (Fontanil et al., 2002). De hecho, suelen ser en las primeras relaciones de noviazgo durante la adolescencia y la juventud, cuando se establecen

las primeras normas de funcionamiento que pueden resultar claves para el desarrollo de una dinámica violenta con la estabilización de la pareja. Y aunque la violencia durante el noviazgo es menos frecuente, sí suelen comenzar los episodios de maltrato en los primeros años de matrimonio o convivencia. En este sentido, en el Estudio Multipaís de la OMS (2005), las mujeres de entre 15 y 19 años suponían el porcentaje más alto, en todos los países, de víctimas de maltrato físico y sexual por parte de sus parejas ocurrido en los últimos 12 meses.

El abuso suele aparecer de forma indetectable, con pequeños episodios de poca gravedad y aislados que no son calificados de maltrato por la víctima y su entorno. Además, una vez que se da un primer episodio de maltrato, aumenta la probabilidad de que ocurran más y cada vez por motivos más insignificantes. Contribuye también a que estas señales predictoras pasen desapercibidas las prontas justificaciones que, tanto el agresor como el entorno, encuentran para el maltrato escudadas en el contexto ideológico y cultural que las favorece (Fontanil et al., 2002). Estas conductas toleradas que parecen inofensivas, van aumentando sutilmente su gravedad e intensidad alternándose con manifestaciones cariñosas, por ello en un principio puede ser difícil para la víctima tomar conciencia de ello pero, progresivamente, van creando un clima de tensión, miedo y coacción (Walker, 2006). Por otro lado, ya quebrantada la barrera del respeto al otro, la violencia se convierte en un patrón de conducta basado en el control de la pareja con manifestaciones cada vez más frecuentes. De hecho, ya establecida la violencia en la pareja, es probable que vaya aumentando progresivamente también la frecuencia y la severidad de los episodios hasta llegar a los niveles más graves de violencia. En estos casos es ya muy habitual que se hayan dado todos los tipos de maltrato, incluso las agresiones sexuales, amenazas, uso de armas y maltrato delante de otras personas. Las mujeres que se encuentran en esta situación, habitualmente, se han sentido en peligro de muerte en algunas ocasiones. Y, si han denunciado las agresiones, suelen retirar las demandas con bastante frecuencia debido al miedo que sienten por sus vidas (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008).

Walker (1979) describe un “ciclo de la violencia” en el que identifica tres fases generales que, aunque con diferencias individuales obvias entre parejas y dentro de

la misma en cuanto a intensidad y duración, se identifican con las siguientes: la primera fase recibe el nombre de “acumulación de tensión” y se caracteriza por la ocurrencia de episodios aislados de baja intensidad, que se correspondería con el inicio de la violencia ya descrito, pero que van acumulando tensión en la pareja hasta que da lugar a la segunda fase o “episodio agudo. Esta fase se caracteriza por un episodio grave de violencia y, seguidamente, tendría lugar la tercera fase, denominada “de calma o luna de miel”, en la que el agresor se muestra arrepentido y promete que no volverá a maltratar a la mujer. Este ciclo se vuelve a repetir sucesivamente ya que, de nuevo, comienza el aumento de tensión en la pareja hasta sucederse toda la secuencia. Por otro lado, el “ciclo de la violencia” tiene un efecto pernicioso en la víctima ya que el castigo (la agresión) se ve reforzado por una recompensa a corto y largo plazo que sería las manifestaciones de cariño y el propósito de cambio del agresor; pero la realidad es que el “castigo” cada vez se hace más frecuente y severo, y la “recompensa” más corta menos intensa. De este modo, el ciclo de la violencia se repite una y otra vez de forma que estas mujeres llegan a sufrir durante muchos años un clima de violencia generalizado por parte de sus parejas.

Según un estudio de Fontanil et al. (2002), las víctimas habían convivido con su agresor una media de 14,1 años. También en este estudio se pone de manifiesto que la mayoría de estas mujeres habían pedido ayuda en algún momento de este periodo, siendo la policía y las asociaciones los principales lugares a los que recurrieron, y la familia de origen en tercer lugar. Tanto es así, que de las mujeres asesinadas por sus parejas entre 1998 y 2001 en España, el 80% había denunciado previamente al agresor (Alberdi y Matas, 2002). Sin embargo este reconocimiento del problema y, por tanto, la solicitud de ayuda, suele ocurrir en la mayoría de los casos de forma tardía y después de muchos años de sufrimiento. Esto ocurre por diversas razones: motivos económicos (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás), familiares (la preocupación por sus hijos), y psicológicos (negación del problema, miedo al agresor, vergüenza, etc.), o por no tener una vivienda y una independencia económica, así como por carecer de fortaleza emocional como para afrontar un futuro distinto (Echeburúa y Corral, 2003).

Acabar con una relación de abuso, por otro lado, suele suponer en la víctima un proceso de negación, culpa y sufrimiento que le dificulta reconocer la realidad del maltrato y, por ende, el abandono de la relación. Sin embargo, son factores determinantes para que la víctima de malos tratos no se decida a poner fin a la convivencia, la falta de apoyo familiar y de amistades respaldados por la creencia de que la obligación de la mujer es obedecer a su esposo, y la esperanza que ella tiene de que el hombre cambie. De hecho, un alto porcentaje de mujeres maltratadas nunca había pedido ayuda por su situación, alegando varios motivos, entre los cuales los más frecuentes fueron el miedo a las represalias y a la venganza o no considerar que fuera necesaria esa ayuda. No obstante cuando, por fin, solicitaron ayuda, los motivos principales que les impulsaban a ello era que la violencia había llegado a un nivel lo bastante grave como para convencerles de que su pareja no iba a cambiar o cuando esta violencia empezaba a afectar notablemente a los hijos (Heise y García-Moreno, 2003). En estos casos el apoyo de familia y amigos suele ser determinante para que la mujer rompa la relación. Pero en muchos casos, la separación o el divorcio no pone fin a la violencia, como se comprueba en un estudio de Fontanil et al. (2005), donde se demostró que en 1 de cada 10 casos la violencia continuó aún después de haber puesto fin a la convivencia. Además, en muchas ocasiones, con la separación se pasa a una nueva fase de maltrato que puede estar caracterizada por el acoso y la indefensión (Sarasua y Zubizarreta, 2000). También el estudio de la OMS (2005) corrobora este hecho ya que encontró, en casi la mitad de los países analizados, que eran las mujeres que ya estaban divorciadas o separadas de sus parejas las que más agresiones habían sufrido en el último año.

La consecuencia más trágica que trae consigo el maltrato a la mujer por parte de su pareja es cuando el agresor termina con su vida. A menudo estos crímenes se producen cuando la pareja ya ha puesto fin a la convivencia y tras un hostigamiento y persecución extremos en los que la mujer no ha cesado de sufrir la violencia por parte de su maltratador. En la revisión que hacen Heise y García-Moreno (2003), queda patente que en países como Australia, Canadá o EEUU, un número significativo de asesinatos de mujeres había ocurrido cuando la pareja estaba en trámites de separación. En España, de las 278 mujeres asesinadas por su pareja entre 1998 y 2001, 20 habían roto su relación sentimental (Alberdi y Matas, 2002).

Por otro lado, en la intimidad del hogar, el consumo de drogas por parte del agresor, los antecedentes de violencia doméstica en las familias de origen y la posesión de un arma de fuego son tres factores que sitúan a la mujer en una situación de especial riesgo para ser asesinada por su pareja. A menudo estos homicidas se entregan a la policía o se suicidan después de haber dado muerte a sus parejas, algo característico de este tipo de maltratadores y no de otro tipo de delincuentes.

2.2.9. Teorías explicativas del maltrato a la mujer por su pareja

En el estudio científico del maltrato a la mujer por parte de su pareja se ha producido una importante evolución temporal, tanto es así que mientras hasta los años setenta se intentaba buscar características comunes entre las mujeres maltratadas como causa del maltrato, a partir de ese momento empezó a reflejarse en la bibliografía que el resultado del maltrato es lo realmente común en todas las víctimas (Walker, 1979). De esta forma, las primeras teorías que aparecieron al respecto eran de tipo unicausal, señalando como principio común a todas las mujeres maltratadas: su propio masoquismo en algunos casos, sus características personales tales como su dependencia emocional o su baja autoestima, en otros, o incluso sus trastornos psicopatológicos que explicarían la permanencia de la mujer junto al agresor (Villavicencio y Sebastián, 1999). Estas teorías llevaban a culpar a la víctima del maltrato y justificar al agresor. De ahí se pasó a explicar el maltrato a la mujer por su pareja a través de otras teorías también de tipo unicausal, pero en este caso referidas al hombre maltratador. Éstas seguían justificando al agresor en el sentido en el que lo consideraban como un hombre con problemas que no es responsable de su conducta. Entre los factores explicativos que se señalan en dicha bibliografía se encuentran: la psicopatología del maltratador, su posible adicción al alcohol y/o las drogas, o su estrés y sentimientos de frustración. Sin embargo, ninguno de estos factores explicativos ha conseguido ser demostrado por sí solo como causa del maltrato a la mujer por su pareja. Al mismo tiempo, uno y otro grupo de teorías (las que buscan la causa del maltrato en la víctima y las que la sitúan en el agresor), contribuyeron a la creencia generalizada de que el maltrato es un problema con muy baja incidencia que se da de forma aislada (Villavicencio y Sebastián, 1999).

En los años setenta, las investigaciones sociológicas fueron las que iniciaron un análisis más complejo de las causas del fenómeno como respuesta al debate propiciado por el movimiento feminista que daba la voz de alarma sobre la alta prevalencia del maltrato a la mujer por su pareja. Han sido muchos los enfoques que, desde entonces, han intentado encontrar una explicación del fenómeno con el fin de determinar los factores de riesgo y así poder diseñar estrategias de prevención e intervención. En esta línea, muchos autores plantean que el origen se sitúa en la necesidad de los hombres de controlar a la mujer, teniendo como base una ideología social y valores culturales patriarcales, y constituyendo a su vez una forma más de desigualdad social (Pérez del Campo, 1995). Según este enfoque, el maltrato es un sistema de control que establece el hombre para mantener su superioridad y dominación sobre la mujer. También Dutton (1992), señala el control de la víctima como el principal motivo para llegar a la conducta del maltrato; y se afirma que el maltrato hacia la mujer ocurre como consecuencia de un patrón de conducta obsesiva y no una pérdida repentina de control. No obstante, en la actualidad no existe un consenso entre académicos y activistas en torno a un mismo modelo explicativo, estando además cada una de las teorías fuertemente influenciada por las diferentes disciplinas de la que procede: psicología, sociología, criminología e incluso política. De esta forma, mientras algunas de ellas ponen énfasis en explicaciones de carácter individual tales como, por ejemplo, los problemas psicológicos del maltratador o el consumo de alcohol y drogas, otras, como la mantenida por muchos sectores del feminismo, no aceptan otra explicación causal que no sea la construcción social de la familia bajo un modelo patriarcal. Las primeras, por tanto, explicarían por qué un hombre puede llegar a ser violento, pero no por qué las mujeres suelen ser las víctimas de esta violencia. Las segundas no explicarían, según la autora, por qué entonces bajo un mismo mensaje de supremacía del hombre sobre la mujer, unos hombres llegan a ser maltratadores y otros no. Es por ello, la importancia que tiene el hecho de que los investigadores tengan en cuenta ambos aspectos. Por todo ello, en la actualidad, el maltrato a la mujer por su pareja en la investigación psicológica se explica más a menudo por la convergencia de causas diversas y complementarias entre sí, siendo ampliamente aceptados los distintos modelos multicausales propuestos (Ferrer y Bosch, 2004).

A continuación, siguiendo el trabajo de Brewster (2002), se va a hacer un breve recorrido por distintas teorías que se han formulado con el fin de explicar el fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja, yendo desde las de tipo unicausal, a las que atribuyen el origen del maltrato a una confluencia de distintos factores. La autora hace una distinción entre aquellas que explican el maltrato del hombre, las cuáles clasifica en tres categorías principales: las de tipo psicológico, las teorías sociológicas y las que se incluyen en la perspectiva feminista; por otro lado están aquellas que abordan el hecho de que las mujeres se mantengan en la relación violenta, entre las que se incluyen la teoría del ciclo de la violencia, la teoría de la indefensión aprendida, el síndrome de la mujer maltratada, el síndrome de Estocolmo, la teoría de la unión traumática y la teoría de la trampa psicológica; y por último se expondrán las teorías de tipo multicausal, a las que también se denomina perspectiva ecológica, que son desarrolladas por distintos autores y que intentan explicar ambos fenómenos, el maltrato por parte del agresor y la respuesta de la víctima a ese maltrato:

2.2.9.1. Teorías del maltrato

Las teorías psicológicas atribuyen la causa del maltrato del hombre hacia su pareja a variables de tipo psicológico como pueden ser los desórdenes de personalidad, psicopatologías, experiencias de abuso en la infancia, daño cerebral, consumo de sustancias, trastorno de estrés postraumático, etc. (Brewster, 2002). Ciertas características de personalidad como la necesidad de control, la ira o el comportamiento obsesivo han sido señaladas, del mismo modo, como favorecedoras de la conducta violenta del hombre (Dutton, 1992). De hecho existen investigaciones que indican una correlación entre cierta psicopatología del hombre y las conductas de maltrato hacia su pareja pero, como señala Brewster, dicha relación se da con mucha menos frecuencia que lo que tradicionalmente se ha sugerido, y por otro lado, incita a pensar que el maltrato a la mujer por su pareja es un hecho que ocurre con poca frecuencia. Por ello, se hace necesario recurrir a otras perspectivas teóricas más globales que ayuden a explicar el fenómeno en toda su dimensión.

Las teorías sociológicas nacieron como respuesta al debate público que propició el movimiento feminista en relación al maltrato a la mujer por su pareja como fenómeno social con una alta prevalencia (Villavicencio y Sebastián, 2001).

Dentro de este grupo de teorías, Brewster (2002) cita la teoría familiar sistémica” que se fundamenta en la responsabilidad que todos los miembros de la familia tienen en la construcción y mantenimiento de dinámicas violentas, así como también resalta el valor de la transmisión intergeneracional de estos patrones aprendidos. La idea fundamental de esta teoría es que tanto el hombre como la mujer son víctimas y culpables de la violencia marital establecida entre ellos (Villavicencio y Sebastián, 2001). Idea que ha sido ampliamente apoyada por los datos recogidos en gran cantidad de estudios que utilizaron como instrumento de medición el Conflict Tactics Scales (CTS), de Strauss (1979), y que ofrecían índices de prevalencia muy similares entre las conductas violentas por parte de las mujeres y de los hombres. No obstante, este instrumento fue muy cuestionado ya que dicha herramienta no alcanza a medir las conductas de dominación y control por parte del hombre, ni las consecuencias del maltrato.

Otro de los enfoques que Brewster (2002) incluye en este grupo de teorías sociológicas es el que se basa en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, Ross y Ross (1961). Dicha teoría, aplicada al maltrato, considera que la transmisión intergeneracional de la violencia tiene un papel fundamental en el establecimiento de dinámicas violentas en la pareja. El maltrato, por tanto, sería una conducta que se aprende por observación y que se mantiene si es reforzada en términos de beneficios a corto plazo tales como, por ejemplo, la sumisión de la pareja, y bajo coste de consecuencias, como puede ser la impunidad legal. La normalización de la violencia como forma de resolver conflictos en familias de pocos recursos llevaría a que los patrones de conducta violentos y la trasferencia de los mismos fuera más frecuentes en unas “subculturas” que en otras (Brewster).

La “teoría de los recursos” (Goode, 1971) se fundamenta en la premisa de que la fuerza o la amenaza de ésta es la que modula todos los sistemas sociales, y un reflejo de dicho patrón se daría en la pareja y, por tanto, en el uso de la fuerza entre sus miembros. Como tradicionalmente han sido los hombres los que han podido

disponer de más recursos económicos que las mujeres, han sido los beneficiarios del poder y la toma de decisiones en el sistema familiar. No obstante, Goode afirma que los que disponen de más recursos no tienen necesidad de usar la fuerza de forma tan explícita, mientras que los que disponen de menos recursos económicos sociales y personales, hacen uso de la fuerza como forma de control y dominancia de los otros, lo que apoyaría los datos existentes que apuntan a una mayor incidencia en las familias de clase socioeconómica más baja.

Por último, Brewster (2002) incluye la “teoría del intercambio” en el grupo de teorías sociológicas del maltrato, la cual se basa en un sistema de costes y beneficios. Se trata de la aplicación al maltrato doméstico de la teoría social de Homans (1961), en la que se propone que todo sistema social estaría mediado por el intercambio de servicios y beneficios. Se plantea que una relación íntima estaría fundamentada en una serie de beneficios, como pueden ser el amor, el afecto, el sexo, el dinero, etc., que se obtienen a cambio de unos servicios o costes entre los miembros de la pareja que se establecería de forma recíproca. El maltrato, por tanto, surgiría cuando uno de los miembros de la pareja intenta conseguir a la fuerza los beneficios que espera del otro, en tanto en cuanto percibe que esta es una estrategia eficaz para obtenerlo con un bajo coste. Y la mujer maltratada, accedería a satisfacer los deseos del otro con el fin evitar el castigo, facilitando el establecimiento de un patrón de refuerzo y castigo en la pareja basado en la violencia.

Las teorías feministas constituye el último grupo de teorías que Brewster (2002) señala como modelo explicativo del maltrato a la mujer por su pareja. La idea principal de este enfoque es que la causa del maltrato radica en la estructura social patriarcal que propicia la desigualdad entre hombres y mujeres dando lugar a la perpetuación de la dominación masculina y la supeditación y vulnerabilidad de la mujer. De esta forma, el hombre utilizaría el control para mantener esta superioridad sobre la mujer (Dutton, 1992). La crítica que hace la perspectiva feminista a las teorías sociológicas es que tratan el fenómeno como un problema individual, tanto de las víctimas como de los agresores, y consideran la transmisión intergeneracional de la violencia como un proceso patológico, obviando la estructura social que los sustenta (Villavicencio y Sebastián, 2001).

Se plantea que los roles de género tradicionales juegan un papel esencial en el mantenimiento de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, constituyendo la familia el entorno idóneo para reproducir estos estereotipos de género sexistas. Y el maltrato físico y psicológico sería la estrategia de control para mantener el status quo.

Villavicencio y Sebastián (2001) encuentran cuatro puntos claves en los que coinciden todas las teorías feministas a la hora de analizar el maltrato a la mujer por su pareja:

- a) la importancia de los constructos de género y poder,
- b) la institución de la familia que se organiza en función de estos constructos
- c) la comprensión y la validación de las experiencias de las mujeres,
- d) y el reflejo de estas experiencias en el desarrollo de modelos y teorías que las apoyen.

En definitiva, la perspectiva feminista atiende a la necesidad de abordar el problema de la violencia contra las mujeres desde un punto de vista más global que tiene sus raíces en unos valores sociales patriarcales y no en la confluencia de una serie de factores circunstanciales incluyendo, además, la óptica de las propias mujeres víctimas.

2.2.9.2. Teorías causales de la permanencia de la mujer en una relación violenta.

Brewster (2002) cita aquí varias de las teorías psicológicas más usadas para intentar explicar los mecanismos por los cuales las mujeres que están siendo maltratadas por su pareja permanecen soportando la relación violenta.

La primera de ellas procede del modelo del “ciclo de la violencia de Walker (1979), descrito anteriormente. Según esta teoría, las mujeres permanecerían en la relación por el efecto de “enganche” que el propio ciclo produce en ellas, ya que después de la fase en que la violencia llega a su punto más álgido, viene la fase de luna de miel donde la víctima es recompensada con las atenciones, muestras de amor y sentimientos de arrepentimiento del agresor. Por tanto, esta fase tendría el efecto en

las mujeres de un reforzador positivo intermitente después del castigo, que es la reconciliación con su pareja que suele ser muy importante para ella. O incluso un reforzador negativo que sería la fase de no violencia. Las mujeres maltratadas llegan a pensar que realmente el hombre va a cambiar y que es éste el estado en el que la relación se va a mantener.

La teoría de la “indefensión aprendida” se basa en los estudios que hizo Seligman (1975) con perros en los que los animales aprendían que no podían escapar de las descargas eléctricas a las que eran sometidos y al final dejaban de intentarlo. El aspecto importante de esta teoría es, que cuando realmente los perros podían escapar, no lo hacían ya que habían perdido la confianza de conseguirlo (Brewster, 2002). Partiendo de esta teoría se plantea que las mujeres maltratadas, después de haber sido sometidas a la violencia continua por parte de sus parejas, aprenden que nada de lo que hagan les va a servir para evitar la agresión. Esa percepción de pérdida de control les lleva a pensar que serán incapaces de abandonar la relación, o incluso si lo hicieran, que no podrían sobrevivir por ellas mismas (Walker, 1979).

El “síndrome de la mujer maltratada” (Walker, 1979), se relaciona con las dos tesis anteriores y señala una serie de características psicológicas y sociológicas que se identificarían con las mujeres que sufren maltrato por parte de su pareja. Estas estarían relacionadas con una serie de variables de vulnerabilidad tales como la percepción de falta de control, depresión, ansiedad y baja autoestima, que mermarían en las mujeres sus habilidades de resolución de problemas, sintiéndose incapaces, por tanto, de abandonar la relación. Las víctimas de maltrato se caracterizarían así por sentir un miedo extremo y la creencia de que su situación no tiene escapatoria. No obstante, como señalan Villavicencio y Sebastián (2001), esta teoría ha sido muy criticada ya que las distintas investigaciones que se han estado llevando a cabo no han conseguido demostrar que este síndrome se dé en todas las mujeres y que el efecto del maltrato sea similar para todas, siendo otros muchos factores los que pueden influir en que una mujer se mantenga en una relación violenta.

El “síndrome de Estocolmo” ha sido utilizado por algunos investigadores para explicar como las mujeres maltratadas pueden adoptar el rol de una persona que ha

sido secuestrada al ser víctima del maltrato físico y psicológico por parte de sus parejas, o por la amenaza de ello, y la percepción de que es el maltratador el que tiene todo el control de la situación. Al igual que un rehén, las mujeres maltratadas son sometidas a un aislamiento social que provoca que sea su pareja maltratadora su único referente y la única persona de la que recibe apoyo, por lo que la víctima termina generando sentimientos de bondad hacia el agresor que le fuerzan a permanecer junto a él (Brewster, 2002).

Otra de las teorías que intenta explicar las dificultades con las que se encuentran las mujeres que están siendo maltratadas por su pareja para abandonar su relación es “la teoría de la unión traumática. Se fundamenta en una perspectiva socio-psicológica que aborda la formación de lazos emocionales entre individuos, que en ocasiones pueden llevar a relaciones sentimentales insanas basadas en la dependencia enfermiza entre sus miembros y conductas de control sobre el otro para evitar ser abandonado. Para esclarecer algunos de los aspectos que se dan en estas relaciones violentas, es posible resaltar dos características fundamentales: 1) el desequilibrio de poder entre los miembros de la pareja, que llevará a que el agresor ejerza su control sobre la víctima a través del maltrato físico y emocional, y que las mujeres maltratadas se vean a sí mismas vulnerables y refuerce por tanto su dependencia del agresor; 2) el maltrato intermitente que se intercala con periodos de normalidad y que provoca en las mujeres maltratadas un patrón de refuerzo que hace más improbable su separación. Si, a pesar de la dificultad para romper esta dinámica, las mujeres deciden acabar con la relación, se produce un desequilibrio de los roles establecidos que permitiría entender los intentos desesperados de los hombres que han sido abandonados por volver con su pareja y recuperar el control, así como evidenciaría su dependencia hacia ellas. Las mujeres, según estos autores, suelen volver con los maltratadores porque, tras la separación, el sentimiento de miedo disminuye pero su dependencia emocional se hace más patente.

Por último, la “teoría de la trampa psicológica” que describe como las mujeres sienten que deben permanecer con su pareja por justificarse a sí mismas el tiempo, emoción y esfuerzo depositado en el pasado para que la relación funcione. De esta forma, la trampa es cada vez mayor ya que a medida que van apareciendo los episodios de maltrato, las mujeres intentan ignorarlos y siguen haciendo esfuerzos

por conseguir la armonía en la pareja. Aunque estas agresiones suponen conflictos para las mujeres de cara a tomar la decisión de abandonar, las mujeres maltratadas llegan a pensar que aún existe posibilidad de que la relación funcione, y el compromiso es cada vez mayor.

2.2.9.3. Teorías multi-factor del maltrato a la mujer por su pareja.

Finalmente Brewster (2002) hace mención a las teorías que explican el fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja, no por la existencia de un único factor sino, de una forma más compleja, por la confluencia de una serie de variables relativas tanto al maltratador como a las víctimas, así como a la misma situación de maltrato. Son las teorías que se conocen también como “perspectiva ecológica, y postulan que el maltrato a las mujeres puede estar determinado por circunstancias propias del maltratador, de la víctima, de sus familias de origen, el entorno social que los rodea y las variables socioculturales a nivel global de la sociedad. La perspectiva ecológica ha sido abordada por numerosos autores que han desarrollado sus propios modelos, algunos de los cuales se describen a continuación:

En primer lugar, el modelo ecológico que Heise (1998) desarrolla nace de una revisión bibliográfica de las investigaciones realizadas en el ámbito académico en Norteamérica desde las distintas disciplinas: psicología, antropología, sociología y estudios comparativos transculturales. Revisión a través de la cual la autora intenta integrar los avances conseguidos en las distintas áreas en pro de un mejor entendimiento de la causa que produce la violencia en contra de las mujeres. En este estudio, Heise dibuja una matriz de círculos concéntricos a través de los cuales propone explicar la etiología de la violencia contra las mujeres como una combinación dinámica de factores individuales y contextuales que confluyen en la génesis del maltrato. Así, cada uno de estos círculos representa un nivel de influencia diferente, como vemos a continuación:

1.- Historia Personal: Este nivel corresponde al círculo más pequeño de los cuatro en el que confluyen los tres restantes. La autora engloba en él los factores relacionados con el desarrollo individual que condicionan la respuesta del sujeto hacia los estímulos que proceden tanto del microsistema como del exosistema. Se

estaría hablando, pues, de los factores del riesgo que convierten al individuo en víctima o perpetrador.

2.- **Microsistema:** Se define como los factores de riesgo situacionales que emanan de las relaciones entre los individuos y el significado atribuido a tales relaciones. En el caso del maltrato a la mujer por su pareja, el microsistema que adquiere una mayor relevancia es la familia, ya que es la privacidad del hogar el contexto inmediato donde tienen lugar más episodios violentos.

3.- **Exosistema:** Lo conforman los factores que actúan en el marco comunitario; las estructuras sociales formales e informales que inciden directamente en el individuo y su comportamiento. También la condición cambiante de algunos de esos exosistemas es destacada por la autora como factor influyente.

4.- **Macrosistema:** Es el nivel más general que engloba a los anteriores y que influye sobre todos ellos, el referido a los valores culturales y las creencias más o menos permanentes del sistema social.

El modelo interactivo propuesto por Stith, Williams y Rosen (1992), constituye una herramienta útil para llegar al origen del maltrato a la mujer por su pareja desde un enfoque teórico más amplio que explica por qué unas familias son más vulnerables que otras a sufrir violencia doméstica. Según estos autores, existen una serie de factores multicausales implicados en la aparición de la violencia intrafamiliar que, además, interactúan entre sí. El contexto socio-cultural dónde se ubica la familia, el grado de vulnerabilidad tanto de la familia como del individuo, los estresores situacionales a los que se tienen que enfrentar y los recursos individuales y grupales de los que disponen para afrontarlos conforman los cuatro grandes grupos causales que confluyen en el establecimiento de una dinámica de violencia en el hogar. Estos autores señalan, además, que una vez que se usa la violencia como forma de resolver conflictos, es más probable que su uso se mantenga en la interacción familiar. Dentro de cada uno de estos grupos se destacan los factores concretos que influirían en uno de los tipos de violencia intrafamiliar, la referida al maltrato a la mujer por su pareja.

Stith et al. (1992) inciden en el hecho de que cada uno de estos factores no constituye en sí mismo la causa de la violencia intrafamiliar y/o marital, sino que es necesaria la interacción entre varios de ellos.

Corsi (1995), por su parte, también adopta un modelo ecológico dónde plantea que el maltratador “se hace” a través de la influencia de diversos factores que provienen de los distintos contextos en los que se desarrolla la persona. El contexto más amplio es el que llama macrosistema, y se refiere a la sociedad patriarcal donde las creencias y valores culturales sobre la familia y su organización jerárquica influyen en las funciones y los roles atribuidos a cada uno de sus miembros; esta organización familiar se establece a través de relaciones de poder y la violencia es aceptada como forma de resolver conflictos. La influencia del exosistema es debida al papel que ejercen las instituciones más próximas como son la familia, la escuela, el barrio, etc. Pero también los medios de comunicación con la divulgación de modelos violentos, la influencia del estatus económico y laboral de la familia y la legislación existente en torno al uso de la violencia. Un contexto más próximo es el llamado microsistema, que se identifica con el núcleo familiar al que pertenece el individuo. Los factores que influirían en este nivel son: la misma estructura familiar, los patrones de interacción entre sus miembros, así como las historias personales de cada uno de ellos. Por último, a nivel individual, adquirirían relevancia las dimensiones conductuales, cognitivas e interaccionales tanto de la víctima como del perpetrador del maltrato.

Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) también apuestan por una explicación multicausal de la violencia intrafamiliar, y lo hacen a través de su modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar. En este caso, los autores consideran que la conducta violenta nace de la interacción de un estado emocional intenso, actitudes de hostilidad, repertorio pobre de conductas, determinados factores precipitantes y percepción de vulnerabilidad de la víctima. Cada uno de ellos pasan a describirse a continuación: 1.- Hostilidad (una ideología machista basado en creencias tales como el deber de sumisión de la mujer, roles de género tradicionales y celos patológicos); 2.- Ira (por problemas laborales, económicos o referentes a la educación de los hijos); 3.- Factores precipitantes directos (el consumo abusivo de alcohol y drogas, y las frustraciones). 4.- Repertorio pobre

de conductas y trastorno de la personalidad (baja autoestima, inseguridad, dificultad para expresar sentimientos, carácter celoso y posesivo, dependencia emocional o agresividad); 5.- Percepción de indefensión de la víctima (Se suelen descargar las frustraciones sobre el más débil y el hombre percibe como más vulnerable a la mujer); 6.- Refuerzo de conductas violentas previas (las conductas violentas serían reforzadas tanto por la víctima como por el agresor).

Según Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), además de estos factores también influye el hecho de que hormonalmente el hombre tenga una mayor tendencia a las conductas violentas, y que dichos comportamientos hayan sido aprobados y fomentados socialmente desde la infancia amparadas en el estereotipo social del hombre.

Dutton (1988), por su parte, también propone un modelo ecológico para explicar el maltrato del hombre a su pareja, y lo hace desde la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura et al., 1961). Se apoya en este supuesto como importante marco teórico que ayudaría a explicar la correlación existente entre la historia de maltrato en la familia de origen del individuo y el que éste llegue a convertirse en víctima o perpetrador. La transmisión intergeneracional de la violencia ha sido un aspecto muy estudiado en el fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja y los datos empíricos parecen avalar que la conducta se puede transmitir de generación en generación a través del aprendizaje, no solo de modelos de comportamiento, sino también de unas actitudes y creencias que confluirían en el desarrollo posterior de patrones violentos. A partir de esta premisa, Dutton desarrolla un modelo en el que son tres los niveles que conforman el contexto social en el que el individuo se desenvuelve:

- 1) Macrosistema, donde las creencias y los valores culturales determinan la aparición del maltrato.
- 2) Exosistema, que se compone de las estructuras sociales formales e informales que conforman el ambiente en el que la persona se desarrolla.
- 3) Microsistema, que supondría el contexto más inmediato en el cual se produce el maltrato y que generalmente es la familia.

Y, por último, el autor destaca los factores ontogenéticos que son el desarrollo individual o la historia de aprendizaje que cada persona lleva al contexto social. De esta forma, la evolución cognitiva, la respuesta emocional y la conductual son modelos aprendidos en su historia personal y que condicionan su comportamiento convirtiéndolo, o no, en maltratador.

Por último, a pesar de las controversias existentes entre los teóricos, cabe destacar la importancia que la aportación del movimiento feminista hace al estudio del maltrato a la mujer por su pareja. Si hasta ese momento se consideraba que este fenómeno era un hecho anecdótico y por tanto era tratado como tal, fue gracias al activismo feminista, y su análisis en base a las actitudes y creencias culturales, que empieza a considerarse un grave problema social, y por tanto, público. En esta línea, la causa subyacente de todas las agresiones contra las mujeres se encuentra en el sexismo latente en nuestras sociedades basado en las diferencias de poder entre sexos donde la violencia sería el instrumento empleado por los hombres como mecanismo de subordinación para seguir manteniendo este desequilibrio de poder que les beneficia. La perspectiva feminista no busca explicar por qué un determinado hombre maltrata a una determinada mujer, sino por qué los hombres en general buscan emplear la fuerza física y las estrategias de poder y control contra sus parejas. Describe, por tanto, el intento desesperado de aquellos hombres que agreden a sus parejas con el fin de no perder el privilegio de superioridad del que tradicionalmente han gozado. En definitiva, estas claves que proporcionan la perspectiva feminista resultan fundamentales para entender el fenómeno del maltrato contra las mujeres de una forma global, ya que supone uno de los problemas sociales más graves y de mayor magnitud que padecen nuestras sociedades de hoy en día por lo que debe ser observado desde esta óptica.

2.3.- Definición de términos básicos

- Autoconocimiento. Es la capacidad de reflexionar sobre si mismos, acerca de las características personales, gustos y preferencias (Branden, 1993).

- Autoconcepto. Es la opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre su conducta. Se forma a partir de los comentarios y actitudes de otras personas (Branden, 1993).

- Autoevaluación. Implica la valoración de lo que en nosotros tenemos de positivo y de negativo. Es la autocrítica que nos hacemos (Branden, 1993).

- Autoaceptación. Es admitir y reconocer como somos, como es nuestra forma de sentir y de pensar (Branden, 1993).

- Autorespeto. Es el amor propio, valorar lo que se hace o se tiene. Es elogiarse, apreciar los propios talentos, esforzarse por alcanzar habilidades nuevas y desarrollar las que ya se tiene (Branden, 1993).

- Autoestima. Es el sentimiento que surge en nosotros después de la captación de la persona que somos. Comprendemos, pues, a la autoestima como una valoración, y como tal es un acto combinado de conocimiento y afectación. Conocimiento de sí mismo, autoconcepto y estado afectivo consecuente de estima o rechazo (Iannizzotto, 2009)

- Violencia contra la mujer. Es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU, 1993).

- Violencia psíquica. Son aquellas conductas intencionadas que producen desvalorización o sufrimiento en las mujeres (Dutton, 1992).

- Violencia física. Son todos aquellos actos no accidentales que provocan o pueden provocar daño físico a las mujeres. Dutton (1992) considera que es una conducta consistente en el uso de la fuerza intencional contra el cuerpo de la otra persona con el riesgo de producir lesión, daño o dolor, independientemente de las consecuencias reales de este acto y cualquiera que sea el grado o gravedad de las consecuencias.

Algunos de los más frecuentes son bofetadas, patadas, golpes y palizas.

- Violencia sexual. Son todas aquellas situaciones en las que se le impone a la mujer un contacto sexual o cualquier actividad relacionada con la sexualidad en contra de su voluntad. En otras palabras, se podría definir como cualquier conducta de intimidad sexual forzada a través de la coacción, la intimidación o estado de inconciencia/indefensión de la víctima (Dutton, 1992).

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1.- Hipótesis de la Investigación

3.1.1.- Hipótesis General

La autoestima influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016.

3.1.2.- Hipótesis Específicas.

- La autoestima personal influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016.

- La autoestima familiar influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016.

- La autoestima social influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca. Cañete. 2016.

3.2.- Variables de estudio.

3.2.1.- Definición conceptual.

Variables	Concepto
Autoestima	“La autoestima es el sentimiento que surge en nosotros después de la captación de la persona que somos. Comprendemos, a la autoestima como una valoración, y como tal es un acto combinado de conocimiento y afectación. Conocimiento de sí mismo, autoconcepto y estado afectivo consecuente de estima o rechazo” (Iannizzotto, 2009, p. 81).
Violencia contra la mujer	La violencia contra la mujer es todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (ONU, 1993)

3.2.2.- Definición Operacional

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Autoestima	Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de sí mismo y de los demás. • Competencia al desafío y problemas. 	Test de <u>Coopersmith</u>
	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación positiva de la vida. • Experiencia en la vida familiar. 	Escala de Likert:
	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de pertenencia y vínculo con los demás. • Reconocimiento de habilidades. 	2= No 1= Si
Violencia contra la mujer	Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none"> • Destruir objetos personales y/o domésticos. • Golpear con los pies y/o manos. • Castigar a los niños 	<u>Ficha de tamizaje</u>
	Maltrato psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir insultos. • Quedar ridiculizado. • Recibir amenazas. • Recibir chantaje. 	Escala de Likert: 2= No 1= Si

		<ul style="list-style-type: none"> • Estar cohibido 	
	Maltrato Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas sexuales inesperadas. • Ropa interior rasgada. • Tiene pesadillas u otros problemas para dormir sin ninguna explicación. 	
	Abandono	<ul style="list-style-type: none"> • Descuido en la nutrición. • Descuidar la higiene personal. • Ambiente poco sanitario. • Abandono de la persona. 	

3.3.- Tipo y Nivel de la investigación

A. Tipo de Investigación.

El presente estudio se enmarca dentro de una investigación aplicada. Este tipo de investigación también recibe el nombre de práctica o empírica. Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, pues depende de los resultados y avances de esta última; esto queda aclarado si nos percatamos de que toda investigación aplicada requiere de un marco teórico. Sin embargo, en una investigación empírica, lo que le interesa al investigador, primordialmente, son las consecuencias prácticas. (Sánchez, 2002).

En esta investigación aplicada, se hace un análisis cuantitativo para recoger información de una muestra representativa de nuestra población de estudio, constituida por todos las mujeres del asentamiento humano San José del distrito de chilca-cañete. Seguidamente, se agrupan para hacer un análisis estadístico-matemático que nos arroja una información numérica sobre la presencia y relación entre nuestras variables de estudio.

B. Nivel de la Investigación

El nivel de la investigación hace referencia a la profundidad con que se trata el fenómeno en estudio, por lo que (Reyes y Sánchez, 2006) se distingue tres niveles de la investigación: Estudios Formulativos o Exploratorios, Estudios descriptivos y Estudios explicativos o de Comprobación de Hipótesis Causales.

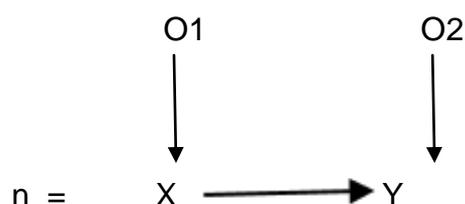
La presente investigación se desarrolla en el nivel de investigación descriptivo-Explicativo, pues consiste en la observación y descripción de la autoestima y su influencia en la violencia contra la mujer, todo ello a partir de la interpretación que sobre los datos observados realizan los investigadores a fin de expresar intelectualmente la relación que existe entre las dos variables de la investigación.

3.4.- Diseño de la investigación

El presente estudio de investigación emplea el diseño de investigación no experimental del tipo Descriptivo-explicativo.

El estudio es descriptivo porque se observa y describe las variables tal como se presentan en su entorno social. Asimismo, es un estudio explicativo porque la investigación persigue medir el grado de influencia (efecto) de las variables de estudio, es decir entre la variable independiente que es la autoestima y la variable dependiente que es la violencia contra la mujer. En este sentido, en el estudio actual es posible establecer una relación de causa - efecto (Sánchez, 2002).

El diseño de la presente investigación se encuentra en el siguiente gráfico:



Dónde:

n = muestra

X= Variable Independiente

Y= Variable Dependiente

—————→ Influencia

O1= Observación de X

O2=Observación de Y

3.5.- Población y Muestra de estudio

3.5.1.- Población

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según Tamayo y Tamayo, (2003) “La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”.

En el caso específico de la presente investigación, la población esta constituida por todas las mujeres del asentamiento humano de San José del distrito de Chilca de Cañete en el 2016, cuyo número asciende a 50 mujeres, independientemente del nivel de dependencia, para ello se tiene en cuenta los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Buen estado de lucidez, orientación y estado de conciencia.
- Mujeres que se encuentren en el asentamiento humano de San José del distrito de Chilca Cañete.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres que no se encuentren orientados en tiempo espacio y persona.
- Mujeres que no se encuentren en el asentamiento humano de San José del distrito de Chilca de Cañete.

3.5.2.- Muestra

Salcedo (1990), dice que “el muestreo es un sub-conjunto de unidades o elementos de una población, tomados de tal manera que los resultados obtenidos en su estudio se puedan generalizar a la población de la cual se extrajo”.

En este estudio, la muestra es de tipo NO probabilística, por conveniencia. Es por ello, que en este estudio no se emplea una fórmula para la obtención de la muestra, por lo que todos los integrantes de la población forman parte de la muestra del estudio. Finalmente, la muestra queda constituida por todo el grupo que forma la población, es así que la muestra está constituida por 50 mujeres del Asentamiento Humano de San José del distrito de Chilca de Cañete en el 2016.

3.6.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.6.1.- Técnicas de recolección de datos.

En este estudio, las técnicas que se utilizan son:

- **Encuesta.** Esta técnica se utiliza con el propósito de obtener información de las mujeres para que opinen con respecto a la autoestima y la violencia contra la mujer.
- **Recopilación Documental.** Esta técnica permitirá recopilar el material documental adecuado, acorde con la finalidad de nuestro estudio. Esta recopilación se efectuará principalmente de fuentes primarias.
- **El fichaje,** que permitirá recolectar y organizar información para elaborar el marco teórico y otras partes del trabajo de investigación. Los instrumentos que se utilizan son de diversos tipos, tales como textuales, bibliográficas, de resumen, hemerográficas, de comentario, etc.

3.6.2.- Instrumentos de recolección de datos.

Los instrumentos que se utilizan son:

A.- Inventario de Autoestima de Coopersmith versión adultos

El inventario está constituido por 25 ítems que son divididos en tres áreas. Si mismo general (13 ítems), social (6 ítems), familiar (6 ítems). Este inventario es aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano de San José del distrito de Chilca de Cañete, en el 2016. El cuestionario se respondió a partir de un sistema de respuestas estructurada de acuerdo a la escala de Likert.

Stanley Coopersmith (1969) considera a la autoestima como la parte evaluativa y valorativa de nosotros mismos, constituida por el conjunto de creencias y actitudes de una persona sobre sí mismo en 1981.coopersnith corrobora sus definiciones afirmando que la autoestima es como la evaluación que una persona realiza y mantiene comúnmente sobre sí mismo.

Los instrumentos están exonerados de validación por tratarse de test estandarizados y cuya validez y confiabilidad ha sido desarrollada por sus autores.

La validación del instrumento realizada por el método de juicio de expertos, nos arroja un coeficiente de 0.841, esto significa que es instrumento de buena validez y concordancia.

La confiabilidad del Inventario que se realiza con el uso del coeficiente Alfa de Crombach arroja un coeficiente de 0.876, lo que indica que el instrumento produce datos consistentes internamente. La consistencia interna del Inventario con 25 preguntas es alta (alfa =0.876).

B.- Ficha de Tamizaje de Violencia contra la mujer.

Con el decreto supremo N° 017-2001- PROMUDEH, se aprobó el “Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2002-2007- cuyo objetivo es proveer cambios en los patrones socioculturales que legitiman la violencia contra la mujer. A través de la

Resolución Ministerial N° 534-2005/MINSA, se conformó la comisión intersectorial, encargada de la implementación de las políticas e intervenciones en salud ,del “Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2002-2007 aprobado por el decreto supremo N 017-2001- PROMUDEH, a fin de elaborar y aprobar los planes de acción con los diferentes órganos que la conforman ,consolidar información relacionada al cumplimiento de los objetivos estratégicos y líneas de acción correspondientes al Sector de Salud, así como articular las acciones respectivas al Sector Salud con el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual , para el cumplimiento de los convenios y compromisos firmados por el Estado Peruano sobre la materia. Este instrumento se utiliza para obtener datos cuantitativos sobre la violencia contra la mujer, en la muestra seleccionada de mujeres del Distrito de Chilca, de Cañete, en el año 2016.

La validación del instrumento realizada por el método de juicio de expertos, nos arroja un coeficiente de 0.79, esto significa que es instrumento de buena validez y concordancia.

La confiabilidad del Instrumento que se realiza con el uso del coeficiente Alfa de Crombach arroja un coeficiente de 0.817, lo que indica que el instrumento produce datos consistentes internamente. La consistencia interna del Instrumento es alta (alfa =0.817).

3.7.- Métodos de análisis de datos.

Para encontrar los valores estadísticos requeridos se el software Excel y SPSS 21.00, que ayudan a realizar el análisis descriptivo y el análisis inferencial de las variables de estudio.

- La Estadística Descriptiva: Los procedimientos son empleados para organizar los resultados en forma cuantitativa, mediante el uso de frecuencias y porcentajes. El análisis descriptivo del estudio se puede realizar mediante tablas y gráficos que muestran las medidas de concentración y dispersión como son: la media aritmética y la desviación estándar. Los conjuntos de datos permiten medir los niveles de percepción sobre la autoestima y la violencia contra la mujer de las mujeres.

- La Estadística Inferencial: Se empleados para inferir un resultado acerca de la población basado en los datos obtenidos de la muestra. Los datos estadísticos son cálculos aritméticos realizados sobre los valores obtenidos en la muestra, seleccionada según criterios rigurosos. En este estudio, se utiliza la prueba de Correlación de Pearson para determinar la relación entre las dos variables.

3.8. Aspectos éticos

En el desarrollo de este estudio, se consideran los siguientes aspectos éticos:

- Para el desarrollo de la presente investigación se elabora el proyecto que será presentado al comité de grados y títulos de la Universidad.
- La participación de las mujeres del Distrito de Chilca de Cañete en el presente estudio de investigación es voluntaria.
- Previo a la aplicación de la encuesta se explica a los participantes en forma clara el motivo del estudio en proceso.
- La selección de los informantes en el estudio es aleatorio y no basado en otro criterio.
- No se proporciona ninguna referencia que pueda identificar a los participantes.
- La información recolectada es utilizada solo para fines de investigación.
- Se respeta las informaciones vertidas por los participantes en todas las fases del estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 Resultados Descriptivos.

A. Resultados por variables

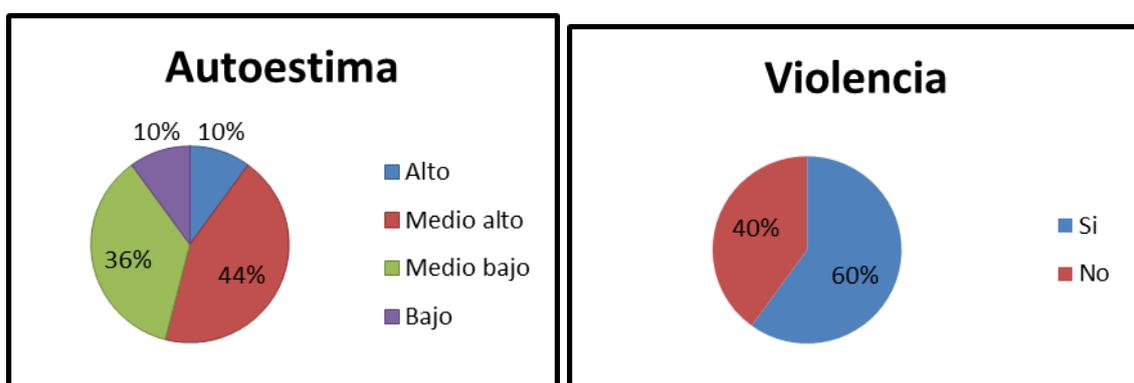


Fig. 1: Autoestima

Fig. 2: Violencia

En la figura 1 se observa que en el grafico circular correspondiente al análisis general del test de autoestima (variable independiente) se ha registrado un 10% de las mujeres tienen un alto nivel de autoestima y un 44% tienen medio alto nivel de autoestima, un 36% medio bajo y un 10% bajo.

En la figura 2, se observa que en el grafico circular correspondiente al análisis general del test de violencia contra la mujer (variable dependiente) se ha registrado un 60% que las mujeres si son violentadas y un 40% no sufren violencia.

B. Resultados por ítems

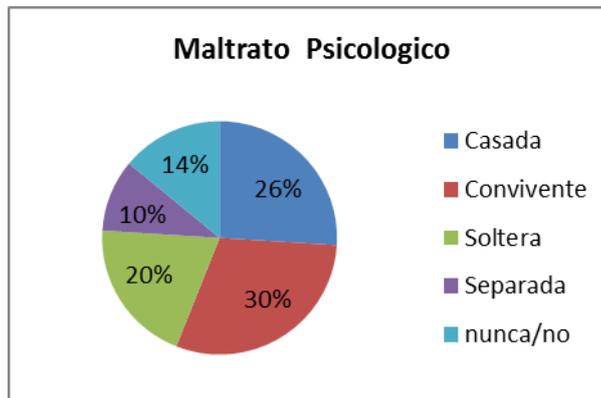


Figura 3: variable dependiente maltrato psicológico.

En la figura 3, se observa que en el gráfico circular correspondiente al análisis general de ficha de tamizaje de la variable dependiente se ha registrado los niveles de maltrato psicológico, y se indica lo siguiente: 26% de mujeres casadas, 30% de mujeres convivientes, 20% mujeres solteras, 10% mujeres separadas, sufrieron maltrato psicológico y un 14 % nunca han sufrido maltrato psicológico.

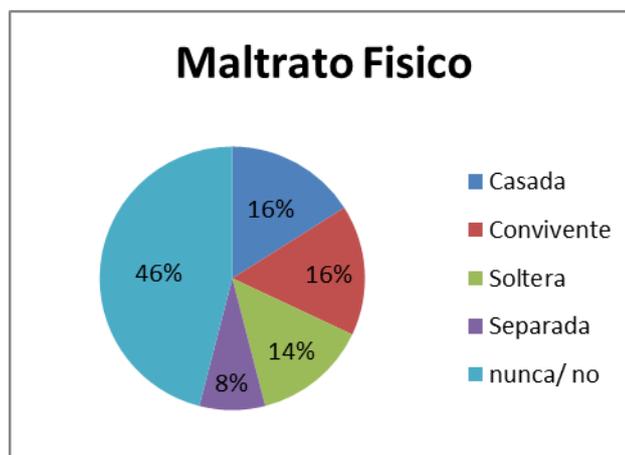


Figura 4: variable dependiente maltrato físico.

En la figura 4, se observa que en el gráfico circular correspondiente al análisis general de ficha de tamizaje de la variable dependiente se ha registrado los niveles de maltrato físico y se indica lo siguiente: 16% de mujeres casadas, 16% de mujeres convivientes, 14% mujeres solteras, 8% mujeres separadas, sufrieron maltrato físico

y un 46% nunca han sufrido maltrato físico.

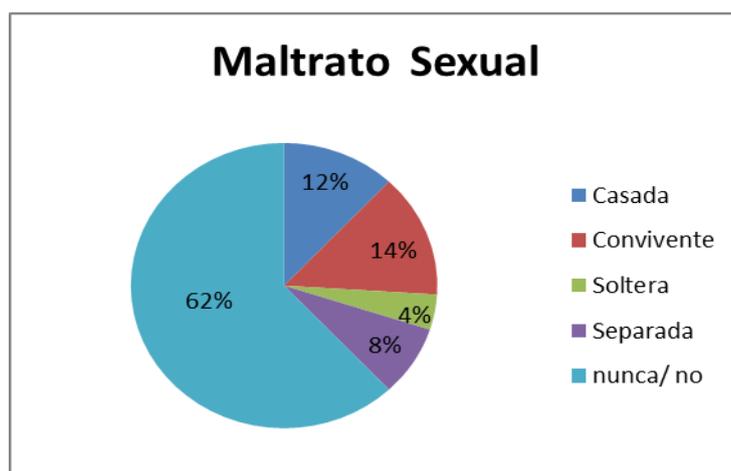


Figura 5: variable dependiente maltrato sexual

En la figura 5, se observa que en el gráfico circular correspondiente al análisis general de ficha de tamizaje de la variable dependiente se ha registrado los niveles de maltrato sexual, y se indica lo siguiente: 12% de mujeres casadas, 14% de mujeres convivientes, 4% mujeres solteras, 8% mujeres separadas, sufrieron maltrato sexual y un 62% nunca han sufrido maltrato sexual.

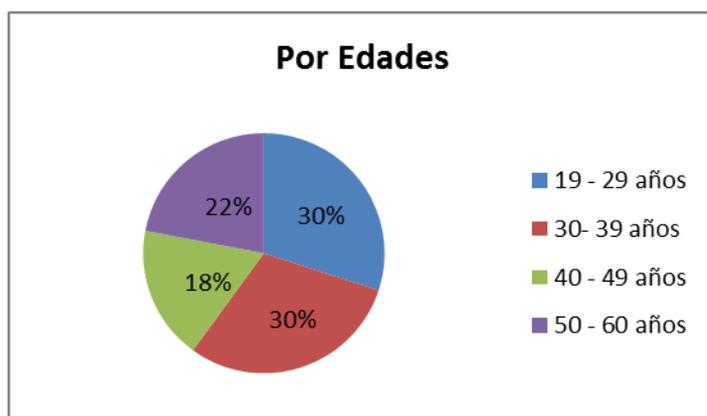


Figura 6: variable dependiente por edades.

En la figura 6, se observa que en el gráfico circular correspondiente al análisis general de ficha de tamizaje de la variable dependiente por edades, se puede encontrar que: 30% de encuestadas corresponden a las edades de 19 a 29 años, 30% de encuestadas corresponden a las edades de 30 a 39 años, 18% de encuestadas corresponden a las edades de 40 a 49 años y 22% de encuestadas corresponden a

las edades de 50 a 60 años.

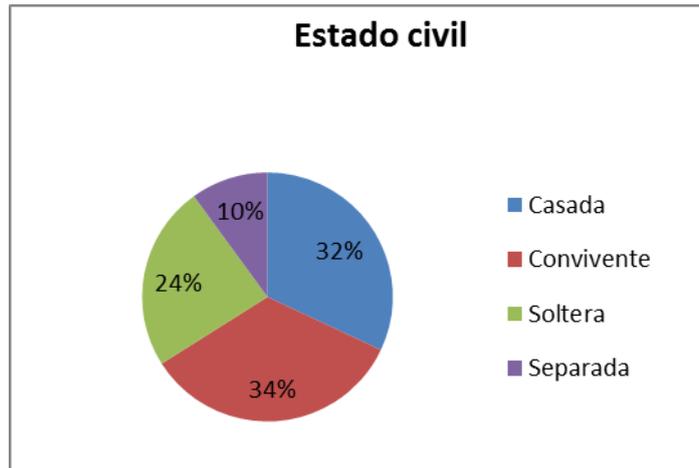


Figura 7: variable dependiente estado civil

En la figura 7, se observa que en el gráfico circular correspondiente al análisis general de ficha de tamizaje de la variable dependiente por estado civil, es posible encontrar que: 32% de las mujeres encuestadas son casadas, 34% de las mujeres encuestadas son convivientes, 24% de las mujeres encuestadas son solteras y un 10% de mujeres encuestadas son separadas.

4.1.2. Contrastación de hipótesis.

A. Hipótesis General.

H₁: La autoestima influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.

H₀: La autoestima NO influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.

Para establecer la relación entre variables y subvariables o dimensiones, se hace uso del coeficiente de Correlación de Pearson, que mide las relaciones lineales de las variables en el presente trabajo de investigación.

Correlaciones

		X: La autoestima	Y: Violencia contra la mujer
X: La autoestima	Correlación de Pearson.	1	-0.841 (**)
	Sig. (bilateral)		0.000
	N	50	50
Y: Violencia contra la mujer	Correlación de Pearson.	-0.841 (**)	1
	Sig. (bilateral)	0.000	
	N	50	50

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los datos obtenidos muestran una relación estadísticamente significativa de $r = -0.841$ (donde $p < 0,01$) y a una probabilidad de certeza del 99%, que confirma una relación entre la autoestima con Violencia contra la mujer, considerando la opinión de las mujeres del Distrito de Chilca de Cañete.

Se obtiene un valor $r = -0.841$ y un valor $p = 0.000$ la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: “La autoestima influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

B. Hipótesis específicas.

Hipótesis específica N° 01:

H_1 : La autoestima personal influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.

H_0 : La autoestima personal NO influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.

Correlaciones

		X1: Autoestima personal	Y: Violencia contra la mujer
X1: Autoestima personal	Correlación de Pearson	1	-0.873(**)
	Sig. (bilateral)		0.000
	N	50	50
Y: Violencia contra la mujer	Correlación de Pearson	-0.873(**)	1
	Sig. (bilateral)	0.000	
	N	50	50

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los datos obtenidos en la investigación muestran una relación estadísticamente significativa de $r = -0.873$ (donde $p < de 0,01$) y a una probabilidad de certeza del 99%,

entre: la Autoestima personal (primera dimensión de la VI) y la Violencia contra la mujer, considerando la opinión de las mujeres del Distrito de Chilca de Cañete.

Se obtiene un valor $r = -0.873$ y un valor $p = 0.000$ la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: “La autoestima personal influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

Hipótesis específica N° 02:

H₂: La autoestima familiar influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.

H₀: La autoestima familiar NO influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.

Correlaciones

		X2: Autoestima familiar	Y: Violencia contra la mujer
X2: Autoestima familiar	Correlación de Pearson	1	-0.902 (**)
	Sig. (bilateral)		0.001
	N	50	50
Y: Violencia contra la mujer	Correlación de Pearson	-0.902(**)	1
	Sig. (bilateral)	0.001	
	N	50	50

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los datos obtenidos en la investigación muestran una relación estadísticamente significativa de $r = -0.902$ (donde $p < de 0,01$) y a una probabilidad de certeza del 99%,

entre: la autoestima familiar (la segunda dimensión de la VI) y la violencia contra la mujer, considerando la opinión de las mujeres del Distrito de Chilca de Cañete.

Se obtiene un valor $r = -0.902$ y un valor $p = 0.001$ la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: “La autoestima familiar influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

Hipótesis específica N° 03:

H₃: La autoestima social influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.

H₀: La autoestima social NO influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.

Correlaciones

		X3: Autoestima social	Y: Violencia contra la mujer
X3: Autoestima social	Correlación de Pearson	1	-0.782(**)
	Sig. (bilateral)		0.000
	N	50	50
Y: Violencia contra la mujer	Correlación de Pearson	-0.782(**)	1
	Sig. (bilateral)	0.000	
	N	50	50

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los datos obtenidos en la investigación muestran una relación estadísticamente significativa de $r = -0.782$ (donde $p < 0,01$) y a una probabilidad de certeza del 99%,

entre: la autoestima social (tercera dimensión de la VI) y la Violencia contra la mujer, considerando la opinión de las mujeres del Distrito de Chilca de Cañete.

Se obtiene un valor $r = -0.782$ y un valor $p = 0.000$ la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: “La autoestima social influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1.- Discusión de resultados.

En este estudio, respecto a la hipótesis general, se hallan un valor de correlación ($r = -0.841$) y un valor de significancia ($p = 0.000$), lo que permite establecer que “La autoestima influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016”. De ahí que, teniendo en cuenta el coeficiente de correlación negativo (-0.841), es posible inferir que los resultados indican que los niveles de autoestima baja influyen en mayores casos de violencia contra la mujer.

Estos estudios son similares a los obtenidos por Haj – Yahia (2000), que en su estudio encontró que las mujeres víctimas de violencia expresaron significativamente niveles más bajos de autoestima y que eran aún más bajos cuando la violencia era doméstica. Asimismo, Bohn y Holz (1996) suponen que los niveles más bajos de autoestima, son comunes a las víctimas de violencia.

De otra parte, Monroy (2009), concluye que violencia que sufren las mujeres afecta más la autoestima. En la violencia intrafamiliar hay manifestaciones de disfunción familiar, distanciamiento de los miembros de la familia, baja autoestima, mecanismos de negación. La similitud que existe entre ésta investigación con nuestro estudio es notoria, pues las dos están enfocadas a identificar la autoestima de las mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar, para luego proponer ideas para contrarrestar la autoestima baja.

Esto permite explicar que la variable que permite diferenciar a los grupos de mujeres que sufren violencia de las que no, es la autoestima. Se encontraron diferencias significativas entre estas dos variables, donde las mujeres víctimas de

violencia tienen niveles más bajos de autoestima, en comparación con las mujeres no víctimas de violencia.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

Las conclusiones permiten establecer que:

- Respecto a la hipótesis general, los resultados obtenidos arrojan un valor $r = -.841$ y un valor $p = 0.000$ la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa en el sentido siguiente: “La autoestima influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

- En cuanto a la primera hipótesis específica, los resultados obtenidos arrojan un valor $r = -0.873$ y un valor $p = 0.000$ la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa en el sentido siguiente: “La autoestima personal influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

- Respecto a la segunda hipótesis específica, los resultados obtenidos arrojan un valor $r = -0.902$ y un valor $p = 0.001$ la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa en el sentido siguiente: “La autoestima familiar influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

- En cuanto a la tercera hipótesis específica, los resultados obtenidos arrojan un valor $r = -0.782$ y un valor $p = 0.000$ la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa en el sentido siguiente: “La autoestima social influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

6.2. Recomendaciones

Las recomendaciones que se presentan a continuación han sido elaboradas teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación y están orientadas a contribuir a la mejora en la atención a “La autoestima y la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.”

- El equipo multidisciplinario debe de planificar, sobre todo al personal de Psicología encargado de Promoción de la Salud en el Centro de Salud de Chilca , desarrollar trabajos de campo sobre el desarrollo de la autoestima, en los diferentes escenarios enfatizando en las instituciones educativas por ser el entorno en el cual se pueden agrupar a diversos actores sociales como los jóvenes, las jóvenes y las familias.
- El equipo de psicólogos debe organizar módulos o talleres de autoestima en las diversas Instituciones Educativas, con la finalidad de determinar el grupo más vulnerable que presenta el nivel de autoestima bajo para trabajar con ellos en cursos o talleres libres dirigidos por la psicóloga y con participación de alumnos y docentes.
- El centro de salud de Chilca debe ejecutar campañas en comedores populares, mercados zonales y parques zonales, talleres de autoestima para el beneficio de personas, tanto mujeres como hombres y sobre temas referentes a violencia contra la mujer para concientizar a las mujeres y ayudar a superar el problema. En las campañas con las víctimas se debe entrenar, en formas adecuadas, de afrontamientos para la resolución de la violencia física, psicológica y sexual contra la mujer.
- El centro de salud de Chilca debe evaluar e implementar proyectos para empoderar a las víctimas de violencia contra la mujer, entre ellos relacionados a ejercicio de derechos, manejo de recursos económicos en el hogar, apoyar las iniciativas productivas y económicas de las víctimas, entre otros. Se debe desarraigar la culpa y el miedo que existe en ellas, enseñando a la población en general a no justificar al violentador, mejorando por tanto la valoración personal de

las mujeres. Es indispensable un conocimiento profundo del problema en nuestro contexto social. Para ello es de suma importancia, que los investigadores o psicólogos promuevan y desarrollen estudios desde la perspectiva del desarrollo de la autoestima orientado a la superación de los casos de violencia contra la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self – esteem*. USA: Consulting psychologists press.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. doi:10.1111/1529-1006.01431
- Collarte, C. (1990). Desarrollo de autoestima en profesores de enseñanza media. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología. Santiago: Copesa.
- Epstein, L. 1987. Parent involvement: What research says to administrators, *Education and Urban Society* 19, 119- 132.
- Baumeister, R. (1993). *Self – Esteem: The Puzzle of low self- regard*. New York: Plenum.
- Branden, N. (1993). *Cómo mejora su autoestima*. México: Paidós.
- Brewster, M. P. (2002). Domestic violence theories, research, and practice implications. En A. R. Roberts (Ed.), *Handbook of domestic violence. Intervention, strategies, policies, programs, and legal remedies*. Oxford: Oxford University Press.
- Bandura, A., Ross, D. y Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Bohn, D. y Holz, H. (1996). Sequeale of abuse. Health effects of childhood sexual abuse, Domestic Battering, and rape. *Journal of nurse- Midwifery*, 41 (6), 442 – 456.

- Campbell, J. C. (1998). Abuse during pregnancy: progress, policy and potential. *American Journal of Public Health*, 88, 185-187.
- Coopersmith, S. (1992). SEI. Self- Esteem-Inventories. Palo Alto Consulting Psychologists Press.
- Corsi, J. (1995). Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y los modelos de intervención. Buenos Aires: Paidós.
- Dutton, D. G. (1988). *The domestic assault of women*. Boston: Allyn y Bacon, Inc.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. Nueva York: Springer.
- Dutton, D. G. y Golant, S. (1995). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa & P. Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 355-382.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2003). Introducción. En E. Echeburúa & P. Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17, 90-95.
- Fontanil, Y., Médez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F. J., Herrero, F. J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, 130-138.
- Fischbach, R.L y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums with and across cultures. *Social Science and medicine*, 45, 1161-76.
- Emler, N. (2001). *Self-esteem. The costs and causes of low self-worth*. York: York Publishing Services
- Eagly, A. (2005). *Escala de autoestima*. Editorial Trillas, México.
- Furth, H. (2004). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Madrid: Paidós-Ibérica.

- Ferrer, V. y Bosch, E. (2004). Violencia contra las mujeres. En E. Barberá e I. Martínez (Coord.). *Psicología y Género* (pp. 242-270). Madrid: Pearson Educación.
- Güezmes, Ana, Palomino, Nancy y Ramos, Miguel. Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres, Lima: CMP Flora Tristán, Universidad Peruana Cayetano Heredia, OMS, 2002.
- Goode, W. J. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage in the Family*, 33, 624-636.
- Harter (1993), en Kernis (2003) En cambio niños/as y adolescentes con autoestima baja son más proclives a tener depresión y a tener tendencias suicidas .
- Harter, (1999). En los adultos, desde la perspectiva cognitiva se menciona tres funciones del self .
- Hay- Yahia, M. (2000). Implications of wife abuse and battering for self- steem, depression, and anxiety as revealed by the second Palestinian national survey on violence against women. *Journal of family issues*. 21 (4), 435-463.
- Heise, L. (1997). La violencia contra la mujer. Organización global para el cambio. En J. L Edleson y Z. C. Eisikovits (Coords.). *Violencia doméstica: la mujer golpeada y la familia* (pp. 19-58). Barcelona: Granica (Edición inglesa, 1996).
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi y R. Lozano (Eds.). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (pp.96-131). Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Heise, L. (1998). Violence against women. An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4, 262-290.
- Homans, G. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. New York: Harcourt Brace.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Iannizzotto, M. E. (2009). Hacia una genuina valoración del sí mismo de la persona. *Información Filosófica*, VI(13), 79-110. doi:10.3308/2009.010

- James, W. (1989). Principios de psicología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés post-traumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 527-547.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). Mujeres víctimas de la violencia doméstica: programa de actuación. Madrid: Pirámide.
- Maslow, A. (2014). Motivación y personalidad. Madrid: Díaz de Santos.
- Meléndez L. Sarmiento R. Informe Nacional sobre femicidio en Perú. [serie de internet].2007 [citado 10 enero 2011] Disponible en:
http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session2/PE/CLADEM_PER_UPR_S2_2008anx_%20Informenacionalsoberfeminicidio.pdf
- Monroy, M. (2009). Efectos de la violencia intrafamiliar en la autoestima de la mujer. Tesis de grado. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/documents/> (Consultado el 15/11/2008).
- Organización Mundial de la Salud (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Recuperado el 10 de Noviembre de 2006 de: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2002. , En: <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estudio multi-país sobre la salud y la violencia doméstica contra las mujeres*. Resumen del informe. Versión en Español. En: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud [serie de internet].2003 [citado el 10 de enero 2011]. Disponible: www.paho.org/Spanish/AM/PUB
- Oñate, F. & García, K. (2007). El autoconcepto en el niño. España: Paidós Ibérica.
- O'Toole, L. L. y Schiffman, J. R. (1997). Gender violence. Interdisciplinary perspectives. Nueva York: University Press.
- Páez, D., Fernández, I., Zubieta, E. & Ubillós, S. (2004). Psicología social, cultural y Educación. Madrid: Pearson Eds. Impreso en España.
- Plumer, K. (1983). Documents of life. London: Allen and Unwin.
- Pérez del Campo, A. M. (1995). Una cuestión incomprendida. El maltrato a la mujer. Madrid: Horas y Horas.
- Rogers, C. (1967). Psicoterapia y relaciones humanas. Madrid: Ediciones Araguara.
- Rosenberg, M. (1973). La Autoimagen del Adolescente y la Sociedad. Buenos Aires. Paidós
- Rodríguez Franco, L., López-Cepero, J. y Rodríguez Díaz, F. J. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21, 248-254.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). Violencia en la Pareja. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Strauss, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 75-88.
- Seligman, M. E. P. (1975). Indefensión. Madrid: Debate.
- Stith, S. M., William, M. B. y Rosen, K. (1992). Psicociología de la violencia en el hogar. Editorial Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (2001). Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Walker, L. E. (1979). The battered woman. New York: Harper & Row.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around de world. *American Psychologist*, 54, 21-29.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: La autoestima y su influencia en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca - Cañete, en el 2016. Autor: Ferrer Jurado, Medalith Stephanie. Asesor: Mg. Ollais Rivera, Nestor

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
Problema General: ¿En qué medida la autoestima influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016?	Objetivo General: Determinar si la autoestima influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.	Hipótesis General: La autoestima influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.	Variable Independiente: Autoestima	Personal	Aceptación de sí mismo y de los demás. Competencia al desafío y problemas	Tipo: Aplicativa. Nivel: Descriptivo-Explicativo. Diseño: Descriptivo-Explicativo Población: No probabilística. 50 mujeres. Muestra: 50 mujeres Instrumentos: - Test de Coopersmith de autoestima. - Ficha de Tamizaje de Violencia contra la mujer.
				Familiar	Planificación positiva de la vida. Experiencia en la vida familiar.	
				Social	Sentido de pertenencia y vínculo con los demás. Reconocimiento de habilidades.	
Problemas específicas - ¿De qué manera la autoestima personal influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016? - ¿De qué forma la autoestima familiar influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016? - ¿De qué manera la autoestima social influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016?	Objetivos Específicos - Establecer si la autoestima personal influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016. - Establecer si la autoestima familiar influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016. - Establecer si la autoestima social influye en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.	Hipótesis Específicas - La autoestima personal influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016. - La autoestima familiar influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016. - La autoestima social influye de manera significativa en la violencia contra la mujer en el distrito de Chilca de Cañete, en el 2016.	Variable Dependiente: Violencia contra la mujer	Indicadores de V.D. Maltrato físico Maltrato psicológico Maltrato Sexual Abandono	Destruir objetos personales y/o domésticos. Golpear con los pies y/o manos. Castigar a los niños Recibir insultos. Quedar ridiculizado. Recibir amenazas. Recibir chantaje. Estar cohibido Conductas sexuales inesperadas. Ropa interior rasgada. Tiene pesadillas explicación. u otros problemas para dormir sin ninguna Descuido en la nutrición. Descuidar la higiene personal. Ambiente poco sanitario. Abandono de la persona	

Anexo 2: Matriz de Operacionalización

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Autoestima	Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de sí mismo y de los demás. • Competencia al desafío y problemas 	Test de <u>Coopersmith</u>
	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación positiva de la vida. • Experiencia en la vida familiar. 	Escala de Likert: 3= Si 2= Indeciso, 1= No
	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de pertenencia y vínculo con los demás. • Reconocimiento de habilidades. 	
Violencia	Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none"> • Destruir objetos personales y/o domésticos. • Golpear con los pies y/o manos. • Castigar a los niños 	Ficha de tamizaje Escala de Likert: 2= Si 1= No
	Maltrato psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir insultos. • Quedar ridiculizado. • Recibir amenazas. • Recibir chantaje. • Estar cohibido 	
	Maltrato Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas sexuales inesperadas. • Ropa interior rasgada. • Tiene pesadillas u otros problemas para dormir sin ninguna explicación. 	
	Abandono	<ul style="list-style-type: none"> • Descuido en la nutrición. • Descuidar la higiene personal. • Ambiente poco sanitario. • Abandono de la persona. 	

Anexo 3: Instrumentos

INVENTARIO DE AUTOESTIMA VERSIÓN ADULTOS	
NOMBRE:.....EDAD:.....	
SEXO: (M)(F)	
PROFESIÓN:.....FECHA:.....	
Marque con una Aspa (X) en la palabra SI ó NO, de acuerdo a los siguientes criterios:	
SI: cuando la frase SI coincide con su forma de ser o pensar	
NO: si la frase NO coincide con su forma de ser o pensar	

Nº	FRASES DESCRIPTIVAS	V	F
1	Usualmente las cosas no me molestan.		
2	Me resulta difícil hablar en frente a un grupo.		
3	Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiese		
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		
5	Soy muy divertido		
6	Me altero fácilmente en casa		
7	Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva		
8	Soy popular entre las personas de mi edad		
9	Generalmente mi familia considera mis sentimientos		
10	Me rindo fácilmente		
11	Mi familia espera mucho de mí		
12	Es bastante difícil ser "Yo mismo"		
13	Me siento muchas veces confundido		
14	La gente usualmente sigue mis ideas		
15	Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo		
16	Hay muchas ocasiones en las que me gustaría irme de mi casa		
17	Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo		
18	No estoy tan simpático con mucha gente		
19	Si tengo que decir, usualmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Muchas personas son más preferidas que yo		
22	Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionando		
23	Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago		
24	Frecuentemente desearía ser otra persona		
25	No soy digno de confianza		

Validación Del Instrumento

Stanley Coopersmith

- Los instrumentos están exonerados de validación por tratarse de test estandarizados y cuya validez y confiabilidad ha sido desarrollada por sus autores
- La validación del instrumento realizada por el método de juicio de expertos, nos arroja un coeficiente de 0.841, esto significa que es instrumento de buena validez y concordancia.
- La confiabilidad del Inventario que se realiza con el uso del coeficiente Alfa de Crombach arroja un coeficiente de 0.876, lo que indica que el instrumento produce datos consistentes internamente. La consistencia interna del Inventario con 25 preguntas es alta (alfa =0.876).

Ficha De Tamizaje

- La validación del instrumento realizada por el método de juicio de expertos, nos arroja un coeficiente de 0.79, esto significa que es instrumento de buena validez y concordancia.
- La confiabilidad del Instrumento que se realiza con el uso del coeficiente Alfa de Crombach arroja un coeficiente de 0.817, lo que indica que el instrumento produce datos consistentes internamente. La consistencia interna del Instrumento es alta (alfa =0.817).

FICHA DE TAMIZAJE

DIRECCIÓN DE SALUD: ESTABLECIMIENTO: FECHA:

SERVICIO: Emergencia Pediatría Ginecología Obstetricia CRED Medicina P.F.

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:

EDAD: SEXO: Masculino Femenino

DIRECCIÓN:

Lea al Paciente			
Debido a que la Violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en ésta situación para participar con ellas en la solución de su problema por favor, conteste a estas preguntas:			
Pregunte			
Si es adulto (a):		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez has sido maltratada físicamente?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?			
		¿Quién?	
		¿Desde cuándo?	
		¿Cuándo fue la última vez?	
Si es niño, niña - adolescente:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Te castigan tu papá tu mamá? ¿Cómo?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?			
		¿Quién?	
		¿Desde cuándo?	
		¿Cuándo fue la última vez?	
Marque con aspa (X) todos los indicadores de maltrato, que observe			
En todos los casos: niña (o), adolescente, adulto (s), adulta mayor (o)			
FÍSICOS		Retraimiento	Intento de suicidio
Hematomas y contusiones inexplicables		Llanto frecuente	Uso de alcohol, drogas
Cicatrices o quemaduras		Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	Tranquilizantes o analgésicos
Fracturas inexplicables		Demandas excesivas de atención	SEXUALES
Marca de mordeduras		Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.		Tartamudeo	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital
Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.		Temor a los padres o de llegar al hogar	Embarazo precoz
Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)		Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad	Abortos o amenaza de infecciones de transmisión sexual
Enuresis (niños)		Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde	NEGLIGENCIA
PSICOLÓGICO		Bajo rendimiento académico	Falta de peso a pobre patrón de crecimiento
Extrema falta de confianza en si mismo		Aislamiento de personas	No tiene vacunas o atención de salud
Tristeza, depresión o angustia.			Accidente o enfermedades muy frecuentes
			Descuido en la higiene y falta de estimulación del desarrollo
			Fatiga, sueño, hambre

FECHA: DERIVADO POR: FIRMA Y SELLO:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO:

REFERENCIA A: HOSPITAL CENTRO DE SALUD OTROS

Anexo 4: Matriz de Datos

Items Sujetos	ITEMS V. I.																									ALTERNATIVAS		Nivel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	1 SI	2 NO	
1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	13	12	Medio alto	
2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	14	11	Medio alto
3	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	12	13	Medio alto
4	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	12	13	Medio alto
5	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	12	12	Medio alto
6	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	9	16	Medio alto
7	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	14	11	medio bajo
8	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	12	13	alto
9	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	9	16	Medio alto
10	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	13	12	Medio alto
11	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	20	5	medio bajo
12	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	10	15	Medio alto
13	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	15	10	medio bajo
14	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	10	15	alto
15	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	13	12	medio bajo
16	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	17	8	medio bajo
17	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	19	6	medio bajo
18	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	15	10	Medio alto
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	21	4	medio bajo
20	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	13	12	medio bajo
21	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	15	10	medio bajo
22	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	15	10	Medio alto

23	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	13	12	Medio alto	
24	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	15	10	medio bajo	
25	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	11	14	alto	
26	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	16	9	medio bajo	
27	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	12	13	medio bajo
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	22	3	medio bajo	
29	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	14	11	Medio alto	
30	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	12	13	medio alto	
31	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	9	16	alto	
32	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	10	15	medio alto	
33	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	14	11	medio alto	
34	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	7	18	medio alto	
35	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	13	12	medio alto	
36	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	11	14	medio alto	
37	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	16	9	medio bajo	
38	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	15	10	medio bajo	
39	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	16	9	medio bajo	
40	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	14	11	medio alto	
41	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	13	12	medio bajo	
42	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	15	10	bajo	
43	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	15	10	bajo	
44	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	14	11	bajo	
45	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	15	10	bajo	
46	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	11	14	alto	
47	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	14	11	bajo	
48	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	17	8	medio bajo	

49	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	13	12	medio alto
50	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	11	14	medio alto	
ALT 1	25	21	48	37	31	34	24	30	35	10	38	26	29	19	24	24	21	20	37	32	22	16	23	20	35	13.62	11.36		
ALT 2	25	29	2	13	19	16	26	20	15	40	12	24	21	31	26	26	29	30	13	18	28	34	27	30	15				

VARIABLE DEPENDIENTE								
Sujetos	Est.Civil	Edad	Psicológico	Físico	Sexual	Agresor	Desde cuando	Ultima vez
Sujeto 1	casada	40 años	si	si	si	Esposo	22 años	20 años
Sujeto 2	conviviente	22 años	si	si	si	conviviente	4 años	2 años
Sujeto 3	casada	38 años	si	no	no	esposo	5 años	1 mes
Sujeto 4	soltera	19 años	si	no	no	papa	9 años	1 mes
Sujeto 5	conviviente	31 años	si	no	no	conviviente	4 años	1 año
Sujeto 6	casada	38 años	si	si	si	Esposo	5 años	2 años
Sujeto 7	soltera	20 años	si	no	no	papa	4 años	3 años
Sujeto 8	soltera	25 años	si	si	no	papa	20 años	5 años
Sujeto 9	soltera	23 años	si	si	no	papa	10 años	3 años
Sujeto 10	conviviente	33 años	no	no	no	nadie	nunca	nunca
Sujeto 11	separada	58 años	si	si	si	ex pareja	10 años	8 años
Sujeto 12	soltera	21 años	no	no	no	nadie	nunca	nunca
Sujeto 13	conviviente	36 años	si	si	no	conviviente	10 años	5 años
Sujeto 14	casada	48 años	no	no	no	nadie	nunca	nunca
Sujeto 15	separada	32 años	si	si	si	ex pareja	10 años	6 años
Sujeto 16	conviviente	36 años	si	no	no	conviviente	5 años	2 años
Sujeto 17	soltera	23 años	no	no	no	nadie	nunca	nunca
Sujeto 18	casada	46 años	si	si	si	esposo	9 años	3 años
Sujeto 19	casada	48 años	si	si	si	esposo	8 años	1 año
Sujeto 20	casada	52 años	si	si	si	esposo	10 años	2 años

Sujeto 21	casada	55 años	si	no	no	Esposo	4 años	1 año
Sujeto 22	casada	58 años	si	no	no	esposo	15 años	8 años
Sujeto 23	conviviente	53 años	no	no	no	nadie	nunca	nunca
Sujeto 24	casada	39 años	no	no	no	nadie	nunca	nunca
Sujeto 25	conviviente	29 años	si	no	no	conviviente	8 años	1 año
Sujeto 26	soltera	24 años	si	si	si	hermanos	13 años	2 años
Sujeto 27	casada	36 años	si	si	si	esposo	10 años	1 año
Sujeto 28	conviviente	50 años	si	si	si	conviviente	11 años	5 meses
Sujeto 29	conviviente	46 años	si	no	no	conviviente	2 años	1 año
Sujeto 30	conviviente	48 años	si	no	no	conviviente	10 años	1 mes
Sujeto 31	casada	51 años	si	no	no	esposo	15 años	5 años
Sujeto 32	soltera	25 años	si	si	no	hermanos	10 años	5 años
Sujeto 33	casada	48 años	si	si	no	Esposo	20 años	2 años
Sujeto 34	casada	54 años	si	si	no	esposo	8 años	8 años
Sujeto 35	conviviente	37 años	si	si	si	conviviente	15 años	1 mes
Sujeto 36	conviviente	57 años	si	si	si	conviviente	13 años	7 años
Sujeto 37	separada	38 años	si	si	si	exparejas	8 años	4 años
Sujeto 38	soltera	23 años	si	si	no	papa	20 años	4 años
Sujeto 39	conviviente	45 años	si	si	si	conviviente	20 años	20 años
Sujeto 40	soltera	26 años	si	si	no	papa	20 años	5 años
Sujeto 41	conviviente	49 años	si	no	no	conviviente	10 años	2 años
Sujeto 42	casada	58 años	no	no	no	nadie	nunca	nunca
Sujeto 43	conviviente	42 años	si	si	si	conviviente	15 años	2 meses
Sujeto 44	conviviente	59 años	si	si	si	conviviente	18 años	2 años
Sujeto 45	soltera	28 años	si	si	si	novio	1 año	1 año
Sujeto 46	soltera	22 años	si	no	no	enamorado	3 años	2 meses
Sujeto 47	casada	56 años	si	si	si	Esposo	12 años	3 años
Sujeto 48	conviviente	37 años	si	no	no	conviviente	3 años	1 año

Sujeto 49	separada	31 años	si	no	no	expareja	5 años	9 meses
Sujeto 50	separada	28 años	si	si	si	expareja	2 años	1 mes