

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia”



TESIS

“PERSONALIDAD SEGÚN MMPI –MINIMULT ABREVIADO, DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR, ATENDIDAS EN EL PODER JUDICIAL DE HUÁNUCO, 2018”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

TESISTA

Bach. ARZAPALO VENTOCILLA, Susan Katty

ASESORA

Dra.. , Judith, PORTOCARRERO ZEVALLOS

HUÁNUCO – PERU

2019



ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las diez horas del día veintitrés del mes de Julio del año Dos Mil Diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad la Esperanza de la universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del jurado, designados por Resolución N°923-2019-D-FCS-UDH de fecha 09 de Julio del 2019 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: **“PERSONALIDAD SEGÚN MMPI-MINIMULT ABREVIADO DE MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR, ATENDIDAS EN EL PODER JUDICIAL DE HUÁNUCO, 2018”**, presentado por la Bachiller doña **Susan Katty ARZAPALO VENTOCILLA** para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo Aprobada por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 1.5 y cualitativo de Buena (Art. 54)

Siendo las 11:50 horas de día 23, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

.....
MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI
PRESIDENTA

.....
MG. YENNI PRIMITIVA ROJAS PARDO
SECRETARIA

.....
MG. CARMEN MENDOZA MORALES
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, los integrantes de mi familia José, Dula, Vivian, Oscar y Angy quienes me apoyaron en todo momento y a mi Novio Ulises por brindarme el apoyo incondicional para lograr mis objetivos y metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme lograr culminar de forma exitosa la Universidad.

A mi alma Mater la Universidad de Huánuco por mi formación profesionalmente.

A mi asesora de tesis por su colaboración y apoyo permanente en el proceso de realización de la presente investigación.

A los miembros del jurado revisor por sus excelentes aportes que enriquecieron la presente investigación.

A los Profesionales del Poder judicial quienes me brindaron toda la facilidad para realizar la investigación.

Mi agradecimiento a los Docentes de la Escuela Profesional de Psicología por brindarme sus conocimientos que han hecho de mí una profesional competente.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema.....	10
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivo general.....	15
1.4. Objetivos específicos.....	15
1.5. Justificación de la investigación.....	16
1.6. Limitaciones de la investigación.....	17
1.7. Viabilidad de la investigación.....	17

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	18
2.2. Bases teóricas.....	21
2.3. Definiciones conceptuales de términos básicos.....	38
2.4. Hipótesis.....	40
2.5. Variables.....	43
2.6. Operacionalización de variables.....	44

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.....	46
3.1.1. Enfoque.....	46
3.1.2. Alcance o nivel.....	46

3.1.3 Diseño.....	46
3.1.4. Método de investigación.....	46
3.2. Población y muestra.....	47
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
3.3.1. Para la recolección de datos.....	48
3.3.2. Para la presentación de datos.....	51
3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos.....	51

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Procesamiento de datos.....	52
4.2. Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis.....	65

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Resultados del trabajo de investigación.....	68
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74
ANEXOS.....	78
Matriz de Consistencia.....	79
Inventario Multifasico de la personalidad de Minnesota MMPI-MINI-MLUT.....	88
Perfil de Rasgo.....	103

RESUMEN

Objetivo: Identificar el rasgo de personalidad predominante según el MMPI “Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Materiales y Métodos: La investigación se basa al método científico, diseño no experimental, tipo básico y nivel descriptivo. La muestra de estudio estuvo representada por 25 mujeres víctimas de violencia familiar, seleccionada por el muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos como instrumento se utilizó el test Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI “Minimult” abreviado.

Resultados: Existe rasgo de personalidad predominante en las escalas clínicas de Hipocondría y Desviación Psicopática según el MMPI- “Minimult” abreviado en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco-2018.

Así mismo las escalas clínicas de Depresión, Histeria, Paranoide, Psicastenia, Esquizofrenia, Manía no existe predominancia según el MMPI-Minimult abreviado en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco-2018.

No existe presencia del cuadro clínico psicopatológico Triada Neurótica según el MMPI-Minimult abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el poder judicial de Huánuco -2018.

No existe presencia del cuadro clínico psicopatológico Tétrada Psicótica según el MMPI-Minimult abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el poder judicial de Huánuco -2018.

Conclusiones: Dentro del rasgo de personalidad según el Minimultl se ha encontrado que 92% de los sujetos evaluados ha obtenido puntajes significativos en la escala de Hipocondría y el 76% de sujetos evaluados han obtenidos puntajes significativos en la escala clínica Desviación Psicopática.

Palabras claves: Personalidad, MMPI “Minimult”, Violencia Familiar, Violencia, Rasgos.

ABSTRACT

Objective: Identify the predominant personality trait according to the abbreviated "Minimult" MMPI, of women victims of family violence, assisted in the Judicial Power of Huánuco, 2018.

Materials and Methods: The research is based on the scientific method, non-experimental design, basic type and descriptive level. The study sample was represented by 25 women victims of family violence, selected by non-probabilistic sampling. For the collection of data as an instrument, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI "Minimult" test was used.

Results: There is a predominant personality trait in the clinical scales of Hypochondria and Psychopathic Deviation according to the MMPI- "Minimult" abbreviated in women victims of family violence, attended in the Judicial Power of Huánuco-2018.

Likewise, the clinical scales of Depression, Hysteria, Paranoid, Psychasthenia, Schizophrenia, Hypomania do not exist predominance according to the MMPI- Minimult abbreviated in women victims of family violence, attended in the Judicial Power of Huánuco-2018.

There is no presence of the psychopathological clinical picture Neurotic Triad according to the abbreviated MMPI-Minimult, in women victims of family violence, attended in the judicial power of Huánuco -2018.

There is no presence of psychopathological clinical picture Psychotic Tetrad according to the abbreviated MMPI-Minimult, in women victims of family violence, attended in the judicial power of Huánuco -2018.

Conclusions: Within the personality trait according to the Minimultl it has been found that 92% of the subjects evaluated have obtained significant scores in the Hypochondria scale and 76% of the subjects evaluated have obtained significant scores in the Psychopathic Deviation clinical scale.

Keywords: Personality, MMPI "Minimult", Family Violence, Violence, Traits.

INTRODUCCION

El presente trabajo detalla el proceso de la investigación que tuvo como objetivo identificar el rasgo de personalidad predominante según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018. Con una población y muestra de 25 mujeres víctimas de violencia familiar que asistieron por ordenanza judicial al consultorio psicológico del Poder Judicial durante el primer semestre del 2018.

En la presente investigación se tomó en cuenta las escalas clínicas de Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía y los cuadros clínicos psicopatológicos Triada Neurótica y Tétrada Psicótica; escalas de rasgo de personalidad identificadas a través de Inventario Multifásico de la Personalidad De Minnesota MMPI – Minimult abreviado. Siendo de gran importancia su identificación porque se aporta de manera teórico - práctico al área de la Psicología Clínica y Jurídica, debido a que los resultados dan conocimiento de los índices de los tipos de personalidad patológica que coexisten en las mujeres víctimas de la violencia familiar en sus diferentes modalidades perpetradas por los agresores y del círculo de violencia en el que conviven.

Se concluye que la presente investigación estableciendo que de 100% (25) mujeres evaluadas 92% presentan niveles predominantes en la escala clínica de Hipocondría, y el 76% presentan niveles predominantes en la escala clínica de Desviación Psicopática; por lo tanto, se acepta la hipótesis de la investigación y rechaza la hipótesis alterna.

La investigación se divide en cinco capítulos: En el primer capítulo se presenta la descripción del problema, la formulación del problema, los objetivos, justificación, limitaciones y viabilidad. En el segundo capítulo se presenta los antecedentes, bases teóricas, definiciones conceptuales,

hipótesis, se identifica las variables independientes y dependientes, así como la operacionalización. En el tercer capítulo se encuentra la metodología, el tipo y diseño de investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos utilizados para recolectar datos y los métodos de análisis. En el cuarto capítulo se muestran los resultados obtenidos y la contratación de hipótesis. En el quinto capítulo se realiza la discusión de los resultados. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema

En 1948 se aprobó la Declaración Universal de los Derechos y Deberes Humanos en las Naciones Unidas; sin embargo, solo después de 30 años, en 1979, se aprobó un tratado Internacional contra la Discriminación hacia la mujer, nos referimos a la Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer; y se necesitaron 35 años para que se reconociera expresamente que la violencia contra las mujeres en la esfera pública y la privada violaba los Derechos Humanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud; el mismo año que en el Perú se elaboró el primer “Plan de Acción contra la Violencia Domestica”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) dio a conocer un Informe Mundial Sobre Violencia y la Salud, en el que se presenta la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Clasifica la violencia en tres grandes categorías:

- 1) Violencia dirigida contra uno mismo: comprende comportamientos suicidas y las autolesiones.
- 2) Violencia interpersonal: aquella infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos. Dentro de ella se distinguen dos categorías:
 - a) Violencia intrafamiliar, que incluye en términos generales, las situaciones de violencia definidas en nuestra Ley de Violencia Doméstica N° 17514, aprobada en julio de 2002.
 - b) Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí, que pueden conocerse o no y que generalmente acontece

fuera del hogar. Ejemplo: agresiones sexuales por parte de extraños, violencia en escuelas, lugares de trabajo, prisiones.

3) Violencia colectiva: es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo, frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Ejemplo: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos, genocidio, represión, entre otras.

De acuerdo con el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre el 10% y el 69% de las mujeres han informado haber sido físicamente agredidas por sus parejas alguna vez durante su vida.

La violencia familiar y la violencia contra las mujeres es la mayor atrocidad cometida contra los derechos humanos en nuestros tiempos. Las mujeres se enfrentan a la discriminación y la violencia del Estado, la comunidad y la familia. Cada año, millones de niñas y mujeres sufren violaciones y abusos sexuales a manos de familiares o personas ajenos a la familia. Algunas formas de violencia, como los embarazos y los abortos, son específicas de las mujeres. La violencia en el ámbito familiar conocida también como violencia doméstica, tienen entre sus víctimas a un número desproporcionado de mujeres, y todo ello nos trae como consecuencia la muerte de una víctima. Cada día se ve, se escucha, en los medios de comunicación orales y escritos y se es testigo de crímenes pasionales, asesinatos, homicidios a mujeres que tienen o tuvieron lazo sentimental con el agresor o victimario.

En Huánuco, se destaca la existencia predominante de casos de violencia familiar contra mujeres, en los cuales, las víctimas frecuentemente no obtienen un acceso a procedimientos legales justos y eficaces al denunciar los hechos sufridos, permaneciendo impunes la gran mayoría de estos incidentes; se topan con vacíos e irregularidades en su investigación, dilaciones innecesarias, deficiencias en el juzgamiento y sanción de sus casos y la falta de efectividad de mecanismos de protección; hechos, que hacen que cada vez más las víctimas vean lejana la posibilidad de tener acceso a un debido proceso y tutela jurisdiccional efectivos.

En la Región Huánuco, según la Policía Nacional del Perú, se recibieron alrededor de 2260 casos denunciados en el año 2014, de

ellos, la mayoría fue denuncia por mujeres. Asimismo, el Ministerio Público registró en el Distrito Judicial de Huánuco, 2521 denuncias de Violencia Familiar durante el año 2015, 3541 denuncias durante el año 2016 y 3677 denuncias de violencia familiar el 2017. Estas estadísticas, evidencian que la violencia familiar se ha convertido en un grave problema que viene vulnerando los derechos humanos y que su tratamiento legal no viene funcionando adecuadamente. La violencia familiar contra las mujeres se ha convertido en un fenómeno que afecta a la sociedad, siendo actualmente percibida como un atentado contra sus derechos fundamentales.

La violencia tiene consecuencias no sólo en el bienestar de la mujer sino también en el bienestar de las familias y la comunidad.

La mujer maltratada presenta baja autoestima, se siente culpable por haber sido agredida, se siente fracasada como mujer, esposa y madre, siente temor, pánico y que no tiene control sobre su vida, se siente incapaz e impotente para resolver su situación, debido a que siempre ha sido controlada y dominada, cree que nadie la puede ayudar a resolver su problema, excepto ella misma, se siente responsable por la conducta del agresor, demuestra una actitud de aceptación pasiva, sin embargo, tiene la fortaleza para manipular y manejar el ambiente, de manera que el incidente no le cause la muerte, abriga esperanzas irreales de que el cambio es inminente, se vuelve aislada socialmente, posee un alto riesgo de volverse adicta a drogas, presenta estrés, depresión y condiciones psicosomáticas, acepta el mito de la superioridad masculina, subestima el peligro de su situación, siente que no tiene derecho a defenderse, duda de su propia salud mental.

La violencia puede ocasionar deterioro en la salud mental porque influye en el desarrollo de connotaciones psicológicas, no existe personalidad única en las mujeres, pero si la violencia contribuye a desarrollar características psicológicas y psicopatológicas que interfieran en el normal desempeño de la víctima.

En el Poder Judicial se reciben a diario casos de violencia familiar hacia mujeres, que son referidas a consultorio psicológico, en donde se

realizan evaluaciones para brindar soporte emocional y contribuir a que la víctima no continúe en el ciclo de la violencia. Una de las evaluaciones más importantes que se realizan es el de personalidad ya que muchas veces es allí donde se identifica por qué una mujer puede llegar a permitir situaciones de violencia, en la mayoría de casos de violencia se identifica que el agresor tiene rasgos de personalidad psicopatológicas lo que hace que realice conductas violentas pero también es importante identificar si la víctima de agresión también tiene rasgos de personalidad psicopatológicas ya que esto sería el punto clave para identificar el porqué de aceptar y continuar en situación de violencia familiar.

Es por ello que la investigación se realizó con la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI - "Minimult" abreviado, que es una de las herramientas más utilizada en la evaluación médico legal de víctimas de violencia, instrumento que evalúa rasgos de personalidad psicopatológica a través de las escalas clínicas de hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía además de identificar cuadros clínicos psicopatológicos triada neurótica y tétrada psicótica.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema General

Por lo que me lleva a formular la siguiente interrogante:

- ¿Cuál es el rasgo de personalidad predominante según el MMPI- "Minimult" abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?.

1.2.2 Problemas Específicos

- 1.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Hipocondría según el MMPI- "Minimult" abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

2.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

3.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

4.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala Desviación Psicopática según el “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

5.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

6.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

7.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

8.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Manía según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

9.- ¿Existe presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

10.- ¿Existe presencia del cuadro clínico psicopatológico tétada psicótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?

1.3. Objetivo General

- Identificar el rasgo de personalidad predominante según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018

1.4. Objetivos específicos

- Determinar el nivel predominante en la escala de Hipocondría según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.
- Valorar el nivel predominante en la escala de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.
- Identificar el nivel predominante en la escala de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.
- Describir el nivel predominante en la escala Desviación Psicopática según el “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.
- Indicar el nivel predominante en la escala de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.
- Encontrar el nivel predominante en la escala de Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

- Definir el nivel predominante en la escala de Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.
- Determinar el nivel predominante en la escala de Manía según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.
- Establecer la presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.
- Identificar la presencia del cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

1.5. Justificación de la Investigación

La investigación será importante porque constituirá un aporte teórico - práctico en el área de la Psicología Clínica y Jurídica, debido a que los resultados darán conocimiento de los índices de los rasgos de personalidad psicopatológica que coexisten en las mujeres víctimas de la violencia familiar en sus diferentes modalidades perpetradas por los agresores y del círculo de violencia en el que conviven y son mantenidas por un largo tiempo, sin ser atendidas adecuadamente por los estamentos policiales y de salud, de modo que esta investigación dará nuevas luces que ayuden a una mejor comprensión, orientación de la realidad y plantear programas de prevención de salud mental, posibilitando patrones y actitudes positivas frente a situaciones de violencia.

Debido a que el ser humano es el núcleo de la sociedad, cuanto es por él o por su estabilidad emocional, será un aporte positivo, no solo para las mujeres víctimas de la violencia sino también para las familias que presenten disfunciones durante su convivencia. Necesitándose para lo cual planteamientos estadísticos y

matemáticos que permitirán en el futuro servir de base para nuevas investigaciones, de manera que sus posibilidades de solución desborden ampliamente criterios asistenciales y curativos, además que exijan el diseño de urgentes políticas de prevención y promoción de la salud, tareas que deben ser prioritarias para el Estado y la Sociedad, acordes con la realidad de la población.

Asimismo, busca identificar los diferentes rasgos de personalidad y niveles de escalas predominantes a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI - "Minimult" abreviado con el fin de obtener resultados; que permitirán realizar futuras investigaciones.

1.6. Limitaciones de la investigación

No existen investigaciones sobre el tema de violencia en la mujer que utilicen el test Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota MMPI – "Minimult" abreviado lo que limita el proceso de comparación con otros antecedentes.

1.7. Viabilidad de la investigación

Esta investigación contó con el permiso de los directivos de los establecimientos del Poder Judicial de Huánuco y la colaboración de las mujeres víctimas de violencia familiar y la aplicación de las (pruebas psicométricas), siendo de fácil manejo.

Uso sustancial del tiempo y a la vez contar con los materiales acorde a la investigación, libros, publicaciones estudios en general.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional:

Mazariegos (2014) En su Tesis “Rasgos de personalidad en víctimas de violencia intrafamiliar estudio realizado con mujeres que residen en el albergue de la asociación nuevos horizontes en los meses de octubre y noviembre Quetzaltenango, 2014” para optar la licenciatura en Psicología clínica en la Universidad Rafael Landívar de Guatemala, su objetivo fue Identificar los rasgos de personalidad que sobresalen en el grupo de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, la población así como la muestra estuvo conformada por 26 mujeres que residieron en el hogar de la Asociación Nuevos Horizontes en Quetzaltenango, durante los meses de octubre y noviembre del año 2013. Se les evaluó por medio del Big Five Questionnaire (cuestionario Big Five) que está basado en la teoría de los 5 rasgos de personalidad, además mide 10 sub-rasgos y una escala de distorsión. Para esto se utilizó el método de investigación descriptiva. Concluye que existen ciertos rasgos de personalidad que muestran resultados significativos en los rasgos de afabilidad y apertura mental.

Mendoza (2015) Tesis "Rasgos de personalidad más frecuentes en mujeres guatemaltecas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar ejercida por el cónyuge" para optar el título de licenciada en psicología clínica en la universidad Rafael Landívar de la antigua Guatemala, su objetivo fue Investigar que rasgos de personalidad presentan con mayor frecuencia las mujeres guatemaltecas víctimas de violencia intrafamiliar. Dicho estudio es de tipo descriptivo – transversal, para su realización se utilizó como instrumento de medición el Cuestionario de Personalidad 16PF de Catell (1978). Concluyendo que los factores de la personalidad con mayor

incidencia que tienden a presentarse en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y en la población estudiada son: el pensamiento concreto, dura sensibilidad, poca sociabilidad orientada por sus necesidades, dependencia, poca fuerza del superego, conservadurismo, dominancia y ansiedad alta.

Nacional:

Riveros (2016) "Personalidad en mujeres víctimas y no víctimas de violencia intrafamiliar de la Asociación Catalina Mc Auley del distrito San Martín de Porres, 2016" tesis para obtener el título profesional de licenciada en Psicología Universidad Cesar Vallejo. La presente investigación tuvo como finalidad determinar las dimensiones de personalidad en mujeres víctimas y no víctimas de violencia intrafamiliar de la Asociación Catalina Mc Auley del distrito de San Martín de Porres, 2016. La población, así como la muestra fue de 150 mujeres, muestreo no probabilístico intencional, en la que se empleó la variable: personalidad. Esta investigación utilizó para su propósito el diseño no experimental de nivel descriptivo-comparativo y de corte transversal, que recogió la información en un periodo específico en donde se aplicó el instrumento: Cuestionario de personalidad Neo-FFI, constituido por 60 preguntas en escala de Likert, que brindaron la información sobre la personalidad a través de la evaluación de sus distintas dimensiones. La investigación concluye en que existe diferencia significativa en la dimensión de personalidad en mujeres víctimas y no víctimas de violencia intrafamiliar de la Asociación Casa de la mujer Catalina Mc Auley del distrito de San Martín de Porres, 2016 a excepción de la dimensión Cordialidad que no muestran diferencias significativas.

Chumaceros (2013) "Personalidad y autoestima en agresores de violencia familiar que acuden a un centro hospitalario estatal de Chiclayo, 2012" Tesis para optar el título de licenciado en Psicología Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo. La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre

personalidad y autoestima en agresores de violencia familiar que acuden a un centro hospitalario estatal de Chiclayo, la población estuvo conformada por una población de 100 pacientes al igual que la muestra de 100 pacientes agresores de sexo masculino que oscilan entre las edades de 20 a 65 años. El diseño utilizado para dicha investigación fue Descriptivo- Correlacional, para la recolección de los datos se utilizó el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota versión abreviada Mini-Mult 82 y el inventario de Autoestima de Coopersmith – Adultos Forma “C”. Empleó el coeficiente de correlación de Pearson el cual dio como resultado una relación de tipo inversa y una correlación débil y promedio entre las variables. Los resultados indican que los agresores de violencia familiar muestran promedios altos en las escalas de hipocondriasis e histeria, así como de niveles altos de autoestima.

Regional

Venturo (2016) En su tesis titulada “El proceso por violencia familiar, como garantía de los derechos de las víctimas de violencia de género en el segundo - Juzgado de Familia de Huánuco, 2014” Universidad de Huánuco, su objetivo fue analizar el nivel de eficacia que tienen los procesos por violencia familiar como mecanismo para para garantizar los derechos de las víctimas de violencia de género en el segundo juzgado de familia de Huánuco.

La población y muestra estuvo conformado por 30 operadores jurisdiccionales entre el juez, fiscales y abogados litigantes expertos en materia de familia.

La técnica fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos el cuestionario.

Concluye que, el proceso vigente por violencia familiar no es eficaz, puesto que no contiene mecanismos efectivos de protección para las víctimas, ni garantizan totalmente los derechos de las víctimas de violencia de género.

Las mujeres víctimas de violencia de género en la ciudad de Huánuco son jóvenes que oscilan entre los 18 años y los 25 años, siendo los ex cónyuges y ex convivientes sus mayores agresores.

Actualmente es relativamente alto el nivel de efectividad que tiene los procesos de violencia familiar para reivindicar a las víctimas de violencia de género en la ciudad de Huánuco.

La institución al que más acuden las víctimas de violencia familiar es la DEMUNA no solo por su cercanía sino porque se siente que no están entrando en un proceso judicial al que la víctima teme entrar.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Violencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Define a la violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

“La violencia es un comportamiento, ya sea por un acto o una omisión, cuyo objetivo es el de ocasionar un daño o lesionar a la otra persona y en el que la acción trasgrede el derecho de otro individuo” según Torres (2001 p.11).

Ravazzola (2007 p. 10) menciona que para que exista una interacción violenta concurren, por lo general, condiciones necesarias, lo cuales describe de forma separada, pero refiere que están alternadas unas con otras; están son:

a). una situación familiar en la cual existe déficit de autonomía entre los miembros y una significativa dependencia de unos de otros; donde es imposible elegir libremente la dependencia o no dependencia a un grupo social, lo que no permite la salida de uno o varios participantes del sistema. Menciona que las investigaciones describen por lo común al grupo familiar como aislado de amigos y vecinos.

b). Subordinación a un estereotipo por el que ambos, victimario y víctima, suponen que el primero es el único responsable de la relación, en el sentido de que es quien debe definirla y quien debe decidir sobre lo que suceda, por lo cual existe un supuesto de desigualdad jerárquica fija, que hace que los miembros del grupo deleguen la elección de las prácticas calificadas en aquel a quien reconocen como autoridad.

c). una circulación tal de estos significados que el abuso que implican no llegue a percibirse, sino que, por lo contrario, se considere legítimo, aparezca apoyado por un consenso de que alguna manera lo justifica y, en consecuencia, proporcione impunidad al victimario.

2.2.2 Tipos de Violencia

Torres (2001, 77-87 p) establece diversos tipos de violencia que, en general, coexisten o se presentan de forma sucesiva cuando las relaciones de pareja se caracterizan por el deseo de dominación del hombre sobre la mujer:

- **Violencia física:** Incluye una amplia gama de manifestaciones que deja una huella en el cuerpo, aunque ésta no sea visible, y va minando la salud de las víctimas paulatina pero constantemente. Por lo general, este tipo de violencia suele ir aumentando en intensidad y frecuencia con el tiempo.
- **Violencia psicológica:** Se presenta siempre que hay violencia física, sexual o económica, aunque también puede aparecer de forma aislada. Abarca manifestaciones diversas como insultos, ofensas, gritos, manipulación, chantaje, control, aislamiento, etc. Va dirigida directamente a minar la autoestima de la víctima, buscando generar en ella un sentimiento de inseguridad y de escasa valía personal. En muchas ocasiones, las mujeres son incapaces de reconocer o de poner en palabras aquello que les está pasando.
- **Violencia sexual:** Se da cuando se impone a la mujer una relación sexual contra su voluntad. Aunque es una forma frecuente de sometimiento y control dentro de una relación de pareja, se desconoce la envergadura real de este tipo de violencia por la

escasez de denuncias y porque se ha naturalizado dentro de una relación sentimental. Siempre tiene graves consecuencias para la salud emocional de las víctimas y con frecuencia va acompañada de violencia física.

- **Violencia económica:** Implica la disposición y el manejo abusivo del dinero y los bienes materiales. Consiste, normalmente, en no dar dinero o darlo en cantidades pequeñas, hacer que la mujer tenga que pedir dinero y rechazar su petición, etc. Esta situación de dependencia económica aumenta la vulnerabilidad de la mujer, la hace más proclive a otras formas de violencia, acentúa su aislamiento y le impide tomar decisiones concretas para salir de la relación de maltrato.

2.2.3. Factores de la Violencia

Flora T. (2005 p. 17) menciona que los factores de la violencia se dividen en:

- ❖ **Factores Sociales:** La socialización de hombre y mujeres, así como los patrones dominantes de feminidad y masculinidad, propician que los niños aprendan desde pequeños que los varones dominan y que la violencia es un medio aceptable para afirmar su poder y personalidad, en cambio a las niñas se les enseñan a evitar y tolerar las agresiones.

- ❖ **Factores Culturales:** Jerarquías autoritarias de dominación y subordinación, sistema de roles rígidos en la familia, modelos dominantes de género o estereotipos de género, invisibilidad del abuso, ciertos consensos sociales que imponen naturalidad o legitiman el uso de la violencia en la familia.

- ❖ **Factores Familiares:** Incapacidad para ejercer una función educativa y de crianza eficaz para todos los miembros del núcleo familiar. Bajo nivel de autoestima y la pobreza de repertorios en habilidades sociales. Las uniones forzadas, el inicio muy temprano de responsabilidades paternas o familiares. Experiencias de

violencia en la infancia y la juventud. La dependencia económica y emocional, así como problemas de alcohol y drogas.

❖ **Factores Económicos:** El desempleo. Subempleo. Tensiones laborales. Precariedad del ingreso salarial

2.2.4. Causas de la Violencia

a) El alcoholismo: un sin número de casos registrados que un gran por ciento de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.

b) Falta de conciencia en los habitantes de una sociedad que creen que esta es la mejor forma de realizar las cosas: huelgas, tiroteos, golpes, etc.

c) Fuerte ignorancia que hay de no reconocer mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un fenómeno social es conversando y analizando cual es la causa y luego tratar de solucionarlo.

d). el no poder controlar los impulsos; muchas veces son impulsivos, generando así violencia, no sabemos cómo resolver las cosas.

e) la falta de comprensión existente entre la pareja, la incompatibilidad de caracteres: es la principal causa de la violencia intra-familiar, un niño que se desarrolla dentro de un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, seguro, una persona problemática y con pocos principios personales.

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

g) la drogadicción es otra causa de la violencia, muchas personas se drogan para poder ser lo que no son en la realidad, para escapar así de la realidad causando mucha violencia; si no tienen como comprar su producto matan y golpean hasta su propia madre.

2.2.5 El Ciclo de la Violencia

Walker (1979) *The battered woman*, (Las mujeres agredidas) planteó que hay un patrón cíclico en las manifestaciones de violencia

contra las mujeres en una relación de pareja. Este modelo o teoría del “ciclo de la violencia”, es aceptado hoy en día por la mayoría de investigadores que tratan de analizar los comportamientos de algunas mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas. Este ciclo consta de tres fases:

a). La primera fase, de acumulación de tensión, es el resultado del aumento de conflictos en la pareja y puede durar desde días hasta años. Se caracteriza por cambios repentinos en el estado de ánimo del agresor, que comienza a reaccionar negativamente ante lo que siente como frustración de sus deseos, provocación o simplemente molestia. La expresión de hostilidad no es extrema, de manera que la víctima trata de suavizar la situación evitando hacer aquello que cree que disgusta a su pareja. En ocasiones el ciclo no pasa nunca de esta fase, en la que pequeños episodios de violencia verbal van escalando hasta alcanzar un estado de tensión máxima.

b). La segunda fase, de descarga de la violencia física, es la más corta de las tres y consiste en la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas durante la primera fase. La violencia puede variar en intensidad y duración. El episodio cesa porque el agresor, una vez liberada la tensión, se da cuenta de la gravedad de lo que ha hecho y teme por las posibles represalias. Tras las agresiones suele aparecer un periodo inicial de shock que incluye la negación, justificación o minimización de los hechos, al menos las primeras veces.

c). La tercera fase, de arrepentimiento, se caracteriza por la actitud de arrepentimiento del agresor, que trata de reparar el daño causado. El hombre pide perdón y promete no volver a ser violento. La mujer lo perdona porque quiere creer que nunca más tendrá lugar un episodio parecido y le da otra oportunidad, e incluso llega a convencerse de que ella puede ayudarlo a cambiar. Esta fase se denomina también de “luna de miel”, puesto que el hombre se vuelve cariñoso y amable, emulando la idea de la vuelta al comienzo de la relación de afectividad. Esta fase se irá diluyendo de forma gradual y la tensión se incrementará lentamente para iniciar el ciclo.

En el ciclo de la violencia se dan tres características fundamentales. En primer lugar, cuantas más veces se completa, menos tiempo necesita para reiniciarse nuevamente. En segundo lugar, la intensidad y severidad de la violencia va aumentando progresivamente en el tiempo. Por último, la fase de arrepentimiento tiende a acortarse y desaparecer paulatinamente. De esta forma, se crea un hábito en el uso de la violencia y el ciclo tiende a repetirse sin fin.

2.2.6. El Perfil de la Víctima.

Las mujeres maltratadas no constituyen un grupo de población con características demográficas o psicológicas concretas. En este sentido, los estudios que han apuntado un posible perfil más o menos rígido de la víctima son datos que provienen de mujeres que denuncian a su agresor y acceden a los recursos asistenciales, es un aproximado de 10% de los casos reales y deben ser tratados con cautela.

Las mujeres de cualquier sociedad han vivido en mayor o menor intensidad algún tipo de violencia, por ejemplo, cuando se les hace creer que su opinión no es importante, cuando no se reconoce ni se valora su trabajo, cuando se utiliza un lenguaje sexista, cuando a pesar de realizar las mismas funciones en su trabajo perciben un salario inferior al de los hombres, cuando aparecen en la publicidad mensajes que tratan a la mujer como objeto sexual, etc.

Walker (2004, p. 206-218), las mujeres han sufrido maltrato físico, sexual y psicológico por parte de los hombres desde los principios de los tiempos. Todas estas circunstancias apuntan que la identificación de variables aisladas, relacionadas con el mantenimiento de los malos tratos, es insuficiente para entender en su totalidad los motivos por los que una mujer permanece al lado de un hombre que la maltrata. Una de las características del maltrato es que, normalmente, comienza en fases tempranas en la historia de la relación y se convierte en algo crónico.

Lorente (2001), Señala que los cambios suelen ser de manera paulatina, por lo que no hay un deterioro brusco que alerte a la mujer. La primera agresión surge dentro del marco de un conflicto. La mujer se sentirá responsable de lo sucedido y gradualmente se irá sometiendo a los deseos de su agresor para no causar respuestas violentas. Las mujeres suelen soportar esta situación de violencia durante largos periodos antes de que se decidan a romper la relación, lo que refleja las enormes dificultades que tienen para abandonar a la persona que las maltrata. Se puede explicar algunas razones por lo que la mujer soporta esta situación tan aversiva: económicas (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás y el aislamiento), familiares (la protección de los hijos), y psicológicas.

Quizás éstas sean las más importantes: la minimización del problema, el miedo, la indefensión, la resistencia a reconocer el fracaso de la relación, el temor al futuro en soledad, etc. (Echeburúa 1997 p. 7-19).

Cano (2007) Afirma que las mujeres llegan a creer que la situación puede cambiar, que su vida en pareja mejorará si ellas trabajan para que eso sea así. La falta de seguridad en ellas mismas, la necesidad de afecto y valoración, la falta de apoyo, etc., complican la situación y, en la mayoría de las ocasiones llegarán a convencerse de que son culpables de los actos violentos. El aislamiento de la víctima es otro aspecto esencial a tener en cuenta. Su agresor tratará de alejarla de amigos, familiares y compañeros de trabajo, con la intención de que se sienta incapaz de hablar sobre lo que le está pasando y para que sea más dependiente de él. Además, la autoestima de la víctima se verá dañada, las emociones serán contradictorias y la mujer experimentará una gran confusión pues recibe daño y cariño por parte del mismo hombre, presentará problemas graves en sus relaciones interpersonales y cambios en su imagen corporal.

Además, afirma que la conducta más común en las víctimas es la huida, y si ésta no fuera posible, es entonces cuando optan por

comportamientos de “cuidados y complacencia” al agresor como forma de afrontar una situación que perciben como ineludible.

Se señala dos perfiles diferentes de mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas. Algunas de estas mujeres se caracterizan por un asertividad deficiente, escasa capacidad de iniciativa y conductas en general pasivas y sumisas. Sin embargo, otras parecen tener habilidades que complementan las deficiencias de sus parejas: aprenden con rapidez, expresan sus emociones de forma adecuada, tienen confianza en sus parejas y manifiestan capacidad para hacerse cargo de responsabilidades familiares. En estos casos, es posible que el mantenimiento de la relación se base en la aceptación de los roles tradicionales de hombre y mujer, y en la tendencia a culparse tanto por los problemas existentes en la relación y por la violencia de sus parejas.

Walker (1984) define y explica el “síndrome de la mujer maltratada” este aparece cuando la mujer ha estado expuesta intermitentemente a una relación de maltrato de forma repetida. La víctima experimenta un complejo primario, caracterizado por síntomas traumáticos: ansiedad, hipervigilancia, reexperimentación del trauma, recuerdos recurrentes e intrusivos, embotamiento emocional. Su autoestima se deteriora tanto que puede llegar a desarrollar una indefensión aprendida, es decir, una reducción de su capacidad para percibir o responder cuando se les presenta una oportunidad para escapar de la violencia. La víctima también suele tener un complejo secundario de síntomas, que se caracterizan por el autoengaño de “idealizar” al maltratador y tener fe en que dejará de agredirla. También puede incluirse aquí una reacción de rechazo o minimización del peligro que corre. Incluso puede llegar a suprimir su ira contra el agresor exculpándolo de sus ataques.

2.2.7. Personalidad

Gordon Allport (1937) La palabra personalidad en latín “persona” que significa máscara (la que eran usadas por los actores en las obras antiguas del teatro griego).

La personalidad como los patrones de comportamiento único y relativamente estable de una persona. En otras palabras, la personalidad se refiere a la consistencia es quién es usted, quien ha sido y quien será. También abarca la mezcla especial de talentos, actitudes, valores, esperanza, amores, odio y hábitos que hacen a cada uno de nosotros una persona única.

La personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de los esquemas psicofísicos que crea patrones característicos de conducta, pensamiento o sentimiento. Esta definición recalca varios aspectos.

- La personalidad no es solo una acumulación de partes y piezas; tiene una organización.
- La personalidad no se limita a estar ahí es activo, tiene procesos.
- Personalidad es un concepto psicológico, pero esta intrincadamente unida al cuerpo físico.
- La personalidad es una fuerza causal; ayuda a determinar la forma en la que el individuo se relaciona con el mundo.
- La personalidad se muestra en patrones, recurrencia y coherencia.
- La personalidad no se muestra de una sino de varias maneras, en conductas, pensamientos y sentimientos.

2.2.8. Teorías de la Personalidad

a). Teorías de la personalidad

Según Feldman, (2006). Menciona que los rasgos son patrones constantes en las características de personalidad que diferencian a las personas.

Los teóricos de los rasgos no suponen que ciertas personas poseen un rasgo y otros no lo tienen; afirman que todos los individuos poseen ciertos rasgos, pero que en la medida en el cual un determinado rasgo se aplica a una persona en particular es variable y se le puede cuantificar. Por ejemplo, usted puede ser relativamente amistoso. Pero los dos tenemos un rasgo “amistoso”, aunque su grado de “amistad” sería mayor que el mío. El mayor reto planteado

a los teóricos del enfoque de los rasgos ha sido identificado los rasgos primarios específicos necesarios para describir la personalidad. Como veremos, diferentes teóricos han elaborado conjuntos sorprendentemente distintos de rasgos.

Teoría de los rasgos de Allport; la identificación de lo fundamental cuando el psicólogo de la personalidad, termino de revisar de manera sistemática todas las hojas de un voluminoso diccionario, obtuvo un listado de 18000 términos que se podían emplear para describir la personalidad. a pesar de haber reducido esa lista a tan solo 4500 términos después de eliminar los sinónimos, era evidente que aún tenía entre manos su problema de suma importancia para todos los enfoques de los rasgos.

Allport (1970) los diferenció a los rasgos en tres categorías básicas: los cardinales, los centrales y los secundarios. Un rasgo cardinal es una característica única que mayor parte las actividades de una persona. Por ejemplo, una mujer enteramente desprendida podría concentrar toda su energía en actividades altruistas; otra persona con una intensa inclinación hacia el poder podría estar impulsada por una necesidad obsesiva de control.

Sin embargo, la mayoría de las personas no desarrolla rasgos cardinales globales; en lugar de ello, poseen varios rasgos centrales que contribuyen al núcleo de su personalidad. Los rasgos centrales, como la honestidad y la sociabilidad, son las principales características de un individuo; por lo general son entre cinco y diez en cualquier persona. Por último, los rasgos secundarios son características que influyen en menos situaciones y que tienen un impacto menor en la determinación del comportamiento que los rasgos cardinales o los centrales. Por ejemplo, la preferencia por un helado o sentir desagrado ante el arte moderno se considerarían rasgos secundarios.

b) Teoría Biológica de la Personalidad

Según Engler (1996 P. 202) Destacan dos corrientes generales; los teóricos de la primera corriente plantean que las características de personalidad están determinadas de manera genética, y suponen que la personalidad es consecuencia de las presiones evolutivas que dieron lugar a la especie humana.

El segundo grupo de teóricos mantienen la idea de que la conducta humana es producida por un sistema biológico que lo componen son un reflejo y que los procesos biológicos que lo componen son un reflejo de nuestra organización como seres vivos.

Este planteamiento supone que muchos fenómenos biológicos influyen en la conducta. El sistema nervioso y el sistema hormonal inciden directamente en la conducta de los individuos.

c). Enfoque Humanista de la Personalidad

Feldman (2006) refiere que los enfoques humanistas de la personalidad destacan la bondad básica de los seres humanos, así como su tendencia a crecer para lograr niveles más altos de desempeño. En esta capacidad y mejorar, junto con los impulsos creados únicos de la persona, o que contribuye el núcleo de la personalidad.

Carl Roger (1971), encuentra en las personas una necesidad de aprecio positivo, reflejada en la necesidad universal de ser amadas y respetadas.

Según Roger, una consecuencia inmediata de conceder importancia a las opiniones de los demás es la posibilidad de la existencia de un conflicto entre las experiencias reales de una persona y el concepto que tenga de sí mismo, o auto concepto. Si las discrepancias son menores, también lo serán las consecuencias. Pero si son grandes, generaran perturbaciones psicológicas en el desempeño cotidiano, como experimentar ansiedad en forma frecuente. Expresa que una forma de superar la discrepancia existente entre la experiencia y el auto concepto es la obtención de aprecio positivo incondicional por parte de la persona. El aprecio positivo incondicional se refiere a la

actitud de aceptación y respeto de un observador, independientemente de lo que haga o diga una persona. Desde el punto de vista de Roger, esta aceptación les brinda a las personas la oportunidad de evolucionar y crecer en lo cognitivo, así como en lo emocional y desarrollar auto conceptos más apegados a la realidad.

d). Enfoque del Aprendizaje de la Personalidad

Los enfoques del aprendizaje de la personalidad se centran en la persona “exterior”. La personalidad resulta de la suma de las respuestas aprendidas ante el ambiente externo. No hace caso de los sucesos internos, como pensamientos, sentimientos y motivaciones. Aunque no niegan su existencia, los teóricos del aprendizaje sostienen que se logra comprender mejor la personalidad al observar las características del ambiente de una persona.

Skinner (1971) El más sobresaliente de los teóricos del aprendizaje, afirma que la personalidad es un conjunto de patrones de comportamiento aprendidos. Las semejanzas de las respuestas dadas en diversas situaciones son provocadas por patrones similares de reforzamiento que se han recibido en el pasado durante esas distintas situaciones.

2.2.9. Explicaciones Teóricas de la Violencia Familiar

2.2.9.1 Explicaciones Biológicas

- La agresión instintiva (explicaciones instintivas). Se puede concebir la violencia como una respuesta de supervivencia de un individuo frente a un medio ambiente hostil, en el que debe satisfacer sus necesidades. Para que el hombre sobreviva ha tenido que ser violento en determinadas ocasiones y su mayor fuerza física con respecto a la mujer lo ha facultado para ejercer mayor violencia frente a circunstancias de defensa y lucha por su supervivencia. No obstante, esta aplicación deja de lado el hecho de que los seres humanos están más alejados de la naturaleza biológica que de la

sociedad y que en el ser humano, los procesos cognoscitivos y sociales están más evolucionados que los biológicos.

La etiología que estudia el comportamiento animal ha establecido una diferencia entre la violencia que ejerce los seres humanos y la que ejercen los animales. A la primera le ha llamado como tal, y a la segunda como agresiva que no es otra cosa que la expresión del instinto de supervivencia. Los animales matan para alimentarse y vivir, en cambio los seres humanos matan por dominio, deporte, diversión, control, venganza, etc.

Los animales, en el ejercicio de la violencia son instintivos y automáticos, no evalúa la fuerza del opositor, se enfrentan para defenderse o satisfacer sus necesidades. En el ser humano la violencia es selectiva debido al proceso cognitivo que evalúa previamente al contrincante; de tal manera que racionalizará si conviene enfrentarse a alguien más grande y fuerte que él, esto no se aplica a la violencia en el hogar, que es selectiva y va dirigida hacia quien tiene menos poder físico y especialmente social.

Los factores biológicos, necesariamente están en la base de la agresividad, pero la existencia de estos no es suficiente para explicar la violencia. La agresividad es un rasgo que se adquiere de manera evolutiva y la violencia es un producto de la cultura.

Finalmente, el estudio minucioso de la explicación instintiva, así como la importancia del componente socio-educativo que tiene la violencia dentro del hogar, no puede explicarse únicamente por el instinto de agresión o supervivencia, sino por los procesos de aprendizaje y socialización.

- Trastornos bioquímicos: desequilibrio de la serotonina.

Richard Wurtman neuro-endocrinólogo del Instituto de Tecnología de Massachussets encontró en los años setenta, que los estados de ánimo son afectados por la concentración de determinadas sustancias en el organismo denominada neurotransmisores que están vinculadas al tipo de alimentos que consumen las personas, como es el caso de la serotonina responsables de aliviar la ansiedad y promover un sentimiento de bienestar. Las dietas ricas en

proteínas y bajas en carbohidratos generan el desequilibrio de estos neurotransmisores reguladores de los estados de ánimo, generando depresión, tendencia suicida, agresividad e impulsividad.

Al respecto es preciso tener en cuenta que si bien es cierto la dieta puede influir en el estado de ánimo por inhibición de los neurotransmisores; la violencia familiar no es el resultado de un estado de ánimo, sino es un sistema complejo que incluye conductas, ideas, posiciones, pautas y emociones, que no pueden ser explicada únicamente por el desequilibrio de serotonina.

- El efecto de golpes-traumas y alteraciones del Lóbulo frontal.

Rosebaum (1994) realizó un estudio en el que descubre que los traumatismos cerebrales anteceden a cambios de conductas y predisponen hacia un incremento de violencia. Estos traumas o lesiones son adquiridos por lo general en la infancia producto de accidentes o producto de maltrato infantil. Su estudio fue realizado con 53 hombres que golpeaban a sus esposas, de los cuales del 50% había sufrido alguna lesión en la cabeza previa a sus patrones de violencia doméstica.

*Sin embargo, es preciso destacar que este resultado, muestra además que el 50% de varones maltratadores no tenía antecedentes de lesión cerebral, pero ejercían la violencia.

Bechara (1994) en sus estudios confirma la correlación entre lesiones de la corteza en el lóbulo frontal y conductas peligrosas tales como “hacer daño solo por divertirse”. Así también estudios con Tomografía de Emisiones Positrónicas; que miden el insumo de glucosa al cerebro realizados demuestran que niveles bajos de glucosa a la corteza pre-frontal están asociados con pérdida de auto-control, falta de tacto, impulsividad, incapacidad de modificar o inhibir conducta, pobre juicio social; sin embargo, los autores de este estudio plantean que esta condición orgánica debe interactuar con condiciones negativas del ambiente para que la persona entonces cree un estilo de vida y personalidad delincuente y violenta de forma más o menos permanente.

- **Trastornos afectivos**

De acuerdo con Barrero (2011), los trastornos afectivos tienen como característica principal las alteraciones graves de humor, y al menos dos de ellas pueden ser generadas de graves tensiones familiares que pueden desencadenar la violencia femenina como: trastorno depresivo mayor que solo presenta episodios depresivos y maníacos. En el trastorno depresivo, el mayor riesgo es el suicidio que se puede dar de manera ampliada, donde el enfermo mata a otros miembros de la familia para que no sufran. En el caso de los maníacos, el rasgo peligroso es su irritabilidad e incluso agresión cuando se oponen a sus deseos.

- **Trastornos de la personalidad**

La mayoría de los estudios que tienen como objetivo la identificación de variables psicopatológicas relacionadas con el maltrato se ocupan de evaluar la personalidad del maltratador. El trastorno de personalidad y la depresión tienen una alta prevalencia mayor entre los maltratadores respecto a los que no maltratan. Los agresores son más ansiosos, indiferentes e impulsivos que la población normal, y tienden a ser más depresivos, subjetivos, dominantes y hostiles. Establecen la existencia de tres tipos de agresores con algún trastorno de personalidad.

- Limitados al ámbito familiar
- Maltratadores borderline
- Maltratadores violentos

- **El modelo ecológico multidimensional**

Corsi (1991, pag. 51) indica que se trata de un sistema compuesto por 3 sub-sistemas del entorno además de un sistema personal. Los sistemas del entorno son: Macrosistema, Exosistema y Microsistema el cual se subsume parte en el microsistema y parte en el exosistema. Además, en el sistema personal, se plantean cuatro dimensiones psicológicas, la psicodinámica, conductual, cognitiva y la interaccional.

- El Macrosistema: considerado el contexto más amplio y que se refiere a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura.
- El Exosistema: compuesto por la comunidad más próxima, incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel del individuo, como la escuela. La iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, instituciones judiciales, recreativas y de seguridad.
- El Microsistema: son las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima a la persona. Aquí juega un papel privilegiado la familia, que es la estructura básica del microsistema.
- Sistema personal: es el constituido por la persona agresora o agredida, según sea el caso e implique determinar qué factores de riesgo existen en cada una de estas dimensiones:
 - Dimensión Psicodinámica: emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente.
 - Dimensión Conductual: repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.
 - Dimensión Cognitiva: estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptuar el mundo que configuran un paradigma o estilo cognitivo de la persona.
 - Dimensión Interaccional: pautas de relación y de comunicación interpersonal.
- Modelo Duluth: la rueda del poder y control.

Duluth (1979) fue reconocido por el modelo explicativo creado por el Proyecto de Interacción frente al abuso doméstico (Domestic Abuse Intervention Project), que permite determinar por qué las víctimas de violencia familiar no pueden salir de la violencia o se retractan de las acciones que ya ha realizado para enfrentar este problema en general se utiliza para violencia conyugal. Como resultado de las entrevistas realizadas a los sobrevivientes de la violencia conyugal y a hombres agresores. A las primeras se les pregunto, sobre las formas en que se sienten controladas y a los agresores sobre las tácticas que utilizan para ejercer el control sobre ellas; de manera

que dentro de la rueda de poder y control encontramos la forma de abuso y control más comunes que un agresor utiliza a su víctima. La perpetuación de la violencia y la imposibilidad de salir de ella se dan cuando todos los elementos de la rueda del control y del poder estén activados, lo que constituye una situación de riesgo para la perpetuación de la violencia o la repetición de nuevos hechos violentos. La rueda del control y de poder tiene los siguientes elementos: revelar secretos, destruir cosas, suicidarse que constituyen elementos que paralizan las acciones de la persona afectada para salir de la violencia. También amenazan con denuncias falsas (maltrato o abuso a los hijos e hijas), coaccionan a retirar denuncias, a retractarse.

Constituyen también una amenaza de daño (romper objetos, golpear o tirar la puerta, maltratar animales, hacer daño, rastillar un arma, afilar cuchillo sin ninguna necesidad), humillaciones y burlas de manera que la víctima desarrolla un daño psicológico que le impide afrontar de manera efectiva la violencia.

Utilizará a estos para manipular y amenazar, muchas mujeres temen que el marido les quite a los hijos (as) y dejarlos expuestos a maltratos y abuso.

La persona afectada, que no tiene amigos ni familiares que conozcan su situación.

Depender económicamente de la pareja, quizás dejó de trabajar para dedicarse a la familia o fue impedida de buscar trabajo. En tal forma está obligada a pedir dinero para los gastos familiares y para sus gastos propios. A medida que pasa el tiempo, la posibilidad que se separe de la pareja agresora se reduce drásticamente, porque está en juego el sustento personal y el de los hijos (as). La persona agresora es consciente de este poder y puede utilizarlo de manera abusiva, coaccionando a su pareja a hacer cosas que ella no aprueba a cambio de dinero, como tener relaciones sexuales. Con frecuencia amenazara con dejar a la familia al desamparo, y esperara los rogativos de la pareja para dar el dinero.

Teniendo en cuenta los elementos de la rueda del control y el poder, los servicios de apoyo para la prevención y atención de la violencia familiar deben trabajar en siete aspectos:

- La recuperación psicológica
- Desarrollo de estrategias de afronte ante la intimidación
- Protección de los hijos (as)
- La protección y sanción a la persona agresora (acceso a la justicia).
- La concientización de la igualdad de derechos.
- El fortalecimiento de las redes familiares y la independencia económica (mediante prestaciones, ayudas y acciones de emprendimiento económico).

2.3. Definiciones conceptuales de términos básicos

- 1) Personalidad: Conjunto de rasgos psicológicos que define todo el universo de sentimientos y cogniciones, que configura los comportamientos y la manera habitual en que el individuo se relaciona consigo mismo y con los demás. (Bruno, 1997).

- 2) MMPI-“Minimult” : El nombre de esta prueba es " Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota “Minimult” abreviado, el autor es J. K. Kincannon, fue publicado en 1968 y revisado en 1971. Esta prueba se puede aplicar a personas de 16 a 55 años, con nivel de instrucción secundaria regular. El objetivo de esta prueba es evaluar. Manual " Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota “Minimult” abreviado.

- 4) Violencia Familiar: Todas aquellas situaciones que se producen al interior de una unidad familiar en las cuales uno o varios de sus miembros se interrelacionan con otros a través de la fuerza física la amenaza y/o la agresión emoción. (Flora, 2005)

- 5) Mujeres Víctimas de Violencia: 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. (OMS, 2002).
- 6) Poder Judicial: El poder judicial es un poder del Estado encargado de impartir Justicia en una sociedad. Es uno de los tres poderes y funciones primordiales del Estado (junto con el poder legislativo y el poder ejecutivo), mediante la aplicación de las normas y principios jurídicos en la resolución de conflictos. <https://ldefinicion.de/poder-judicial>.
- 7) Rasgo hipocondriaco: Ansiedad patológica acerca de una enfermedad física o mental, real o supuesto, discrepante entre el grado de preocupación y sus fundamentos, la que es excesiva y consiguiente de preocupación o indiferencia a la opinión de los demás. Olórtegui (2008 pág. 510)
- 8) Rasgo de Depresión: Síndrome psiquiátrico que consiste en pesimismo y tristeza, retardo psicomotor, insomnio, pérdida de peso, a veces concomitantes con sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas con frecuencia en proporciones delirantes. Olórtegui (2008 pág. 258)
- 9) Rasgo de Histeria: Psiconeurosis cuyos síntomas se fundan en conversión. Se caracteriza por falta de control sobre actos y emociones, conciencia patológica de la propia importancia, ansiedad, exageración de efecto de impresiones sensoriales y simulación de diversos trastornos. Olórtegui (2008 pág. 519)
- 10) Rasgo de Desviación Psicopática: Los motivos básicos adquieren demasiada importancia en el individuo. Las funciones del control interno y regulación del Yo son

deficientes y el individuo busca satisfacción inmediata teniendo poca consideración de las demandas o limitaciones de la realidad externa. (2008 pág. 877)

11) Rasgo Paranoide: Tendencia manifiesta por delusiones o creencias mórbidas centradas en el propio individuo el que se siente observado, aludido, perseguido, perjudicado o dañado, o al revés, objeto de especial estima o amor o sujeto de misión especial o engaño. Olórtegui (2008 pág. 790)

12) Rasgo de Psicastenia: Puede manifestarse por depresión leve, preocupación excesiva, falta de confianza en sí mismo, incapacidad para concentrarse. Presentan excesivas dudas, gran variedad de temores, angustia e inseguridad. Generalmente se encuentran en esquizofrenia. Existe características de conductas fóbicas o conductas compulsivas. Olórtegui (2008 pág. 875)

13) Rasgo de Esquizofrenia: Enfermedad mental caracterizada por un trastorno en el proceso de la asociación de ideas. Olórtegui (2008 pág. 374)

14) Rasgo de Manía: Forma leve o moderada de excitación maniaca, caracterizada por euforia, desinhibición, hiperactividad, actitud expansiva, incremento de la energía vital o vitalidad y en algunos casos de la productividad. Olórtegui (2008 pág. 515)

2.4. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

H₁: Existe rasgos de personalidad predominantes según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Ho: No existe rasgos de personalidad predominantes según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

3.1.2 Hipótesis específicas

H₂: Existe nivel predominante en la escala clínica de Hipocondría según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Ho: No existe nivel predominante en la escala clínica de Hipocondría según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₃: Existe nivel predominante en la escala clínica de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Ho: No existe nivel predominante en la escala clínica de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₄: Existe nivel predominante en la escala clínica de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Ho: No existe nivel predominante en la escala clínica de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₅: Existe nivel predominante en la escala clínica Desviación Psicopática según el “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Ho: No existe nivel predominante en la escala clínica Desviación Psicopática según el “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₆: Existe nivel predominante en la escala clínica de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₀: No existe nivel predominante en la escala clínica de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₇: Existe nivel predominante de la escala clínica de Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₀: No existe nivel predominante de la escala clínica de Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₈: Existe nivel predominante de la escala clínica de Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₀: No existe nivel predominante de la escala clínica de Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₉: Existe nivel predominante en la escala clínica de Manía según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₀: No existe nivel predominante en la escala clínica de Manía según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₁₀: Existe presencia del cuadro clínico psicopatológico Triada Neurótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Ho: No existe cuadro clínico psicopatológico Triada Neurótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

H₁₁: Existe presencia del cuadro clínico psicopatológico Tétrada Psicótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Ho: No existe presencia del cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

2.5. Variables

Personalidad según el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI “Minimult” MMPI –“Minimult” Abreviado en mujeres víctimas de violencia.

2.6. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Ítems	Técnicas e instrumentos
Personalidad Según MMPI- "Minimult" abreviado.	Hipocondrías	01,06,10,18,26,32,37,44,45,46,55,62,63,69	Técnica: Psicometría Instrumento: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI - "Minimult" abreviado. Autor: J.C. Kincannon
	Depresión	01,02,03,04,09,11,13,17,18,22,25,28,36,37,40,42,44,60,61,65.	
	Histeria	01,02,03,09,11,13,18,23,26,28,29,31,33,35,37,40,41,43,44,49,55,56,57,62	
	Desviación Psicopática	03,07,10,13,14,15,16,22,27,28,34,35,41,43,49,52,58,65,71, a,b,c,d,e.	
	Paranoide	05,08,10,15,29,30,31,39,43,63,64,66,67,68.	
	Psicastenia	02,03,05,08,13,17,22,25,27,28,36,42,44,51,57,66,68.	
	Esquizofrenia	03,05,10,13,14,15,16,26,30,42,63,64,66.	
	Manía	04,07,11,21,29,34,38,39,54,57,60	
	Cuadro clínico psicopatológico triado neurótica.	01,06,10,18,26,32,37,44,45,46,55,62,63,69,01,02,03,04,09,11,13,17,18,22,25,28,36,37,40,42,44,60,61,65,01,02,03,09,11,13,18,23,26,28,29,31,33,35,37,40,41,43,44,49,55,56,57,62	
	Cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica.	02,03,05,08,13,17,22,25,27,28,36,42,44,51,57,66,68,03,05,10,13,14,15,16,26,30,42,63,64,66,04,07,11,21,29,34,38,39,54,57,60	

Caracterización de la muestra	Ser demandante por violencia familiar	Datos de la evaluada	
	Pertenecientes al distrito judicial de Huánuco		
	Víctimas de violencia conyugal		

CAPITULO III

3.. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación.

3.1.1 Enfoque

La investigación se basa en el método científico que consiste en abordar un problema de manera objetiva y sistemática partiendo por la observación y aplicando instrumento buscando así demostrar las hipótesis planteadas.

3.1.2 Alcance o nivel

Según su carácter es descriptivo. En el nivel descriptivo los estudios buscan especificar propiedades características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández, 2006).

Cuyo diagrama es el siguiente:



M: Muestra

Xi: Variable

O1: Observación

3.1.3 Diseño

La investigación es de tipo no experimental, el cual analiza cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un determinado momento (Hernández 2006).

3.1.4 Método de investigación

La investigación es de tipo básica ya que se aborda la investigación con teorías y enfoques existentes (Hernández, 2006)

3.2 Población y muestra

- Población

La población se define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Hernández, 2010).

La población está conformada por las víctimas de violencia familiar que asistieron por ordenanza judicial al consultorio psicológico del Poder Judicial durante los 3 primeros meses (Enero, Febrero, Marzo) del 2018 y a quienes se tuvo la oportunidad de evaluar con el inventario multifásico de la personalidad que hicieron un total de 25 personas.

La muestra es en esencia un subgrupo de la población (Hernández, 2010). La muestra está conformada por 25 mujeres que es la totalidad de mujeres atendidas por violencia familiar en los tres primeros meses del año 2018.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Ser de sexo femenino.

Ser demandante por violencia familiar.

Pertenecientes al distrito judicial de Huánuco.

Víctimas de violencia conyugal.

Criterios de exclusión:

No ser de sexo femenino.

No ser demandante por violencia familiar.

No pertenecientes al distrito judicial de Huánuco.

No ser víctimas de violencia conyugal.

3.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Para la recolección de datos

Variables	Técnica	Tipo	Instrumento	Autor
Personalidad en mujeres víctimas de violencia	Psicometría	Cuestionario	Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI- "Minimult" J.C. Kincannon	J.C. Kincannon

FICHA TÉCNICA

Inventario Multifásico De La Personalidad De Minnesota MMPI Mini – Mult J.C. Kincannon Manual

Ficha técnica

- NOMBRE DEL TEST: Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota MMPI versión "Minimult" abreviado.
- SIGLAS: "Minimult" (MMPI)
- AUTOR: J.C. Kincannon
- SIGNIFICACION: Evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad
- Estructuración:
 - o 4 escalas de validez
 - o ¿Escala de dudas?
 - o Escala de mentiras: L
 - o Escala de validez: F
 - o Escala de corrección: k
 - o 8 escalas clínicas
 - 1. Hs hipocondría

2. Dp depresión
3. Hi histeria
4. Dp desviación psicopática
5. Pa paranoia
6. Pt psicastenia
7. Es esquizofrenia
8. Ma manía

Descripción de la Prueba

El inventario multifásico de la personalidad de Minnesota consta de un cuadernillo de preguntas de 71 oraciones planteadas de forma afirmativa y negativa.

Es un instrumento diseñado para brindar en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la personalidad de un sujeto.

1.1. Material

- Un manual
- Un cuadernillo de preguntas
- Hoja de respuestas
- Dos platillas de corrección
- Tres tablas de conversión

Administración

- a). Administración: esta puede ser en forma individual y colectiva
- b). Aplicación: se le puede aplicar a personas de 16 a 55 años y aquellos que por lo menos hayan terminado el 2do de secundaria. Debiendo de responder a dos categorías cierto (C) y falsa (F).
- c). Tiempo de aplicación: no tiene límite, pero existe un aproximado de 20 a 45 minutos.

Es recomendable que al momento de dar las instrucciones se crea un ambiente adecuado tratando de llegar al paciente, como se verá más adelante esto será un mejor resultado.

Calificación

Aplicación de la prueba

Se puede aplicar el Minimult en forma individual o colectiva Kincannon encontró que la prueba podrá ser administrada oralmente sin que esto afecte los resultados.

Esta fórmula ofrece por lo tanto muchas posibilidades de utilización en el área clínica como en la investigación, incluyendo las posibilidades de utilizarlo en estudios experimentales de campo.

Las instrucciones para la aplicación del test son las siguientes: “por favor conteste a las siguientes preguntas con una C cierto y una F falso, de acuerdo a si se aplican o no a ustedes. O marque con una X el casillero correspondiente (C o F) en el protocolo de respuesta. No deje ninguna sin contestar.

Corrección y puntuación

Una vez que los sujetos han marcado en la hoja de respuesta en cualquiera de las dos columnas cierto C o F se colocan las plantillas de corrección y se obtienen los puntajes para cada escala en la forma Minimult, luego ubicamos tales puntajes en la tabla de puntuación: ubicamos tales puntajes en la escala de conversión de los puntajes del MMPI.

Para la corrección cuenta con dos planillas en cada una de ellas están incluidas las 11 escalas, de cada una de ellas se obtendrá el puntaje directo que será llevado a la tabla I de conversión y sus puntajes se colocaran en la parte inferior del casillero de la hoja de respuesta.

Luego de obtener el puntaje base de cada escala se colocarán los puntajes de “K” EN Hs, Dp, Pt, Es, Ma, de la tabla II. Enseguida se suman o se escriben los mismos puntajes en el puntaje de conversión (P.C).

Una vez obtenida el puntaje de conversión nos dirigimos a la tabla III que es la tabla de “T”, donde se busca el P.C y su puntaje por cada escala.

Para la preparación del perfil se vaciarán los datos en el cuadro ya establecido. El trazo del perfil debería ser con una línea continua.

Características

Esta prueba por ser objetiva, presenta respuesta en forma cerrada ante preguntas previamente elaboradas para averiguar rasgos de personalidad patológica y el grado de comprensión. La característica mayor de la prueba radica en que posee escalas de validez que nos permita tomar o no en cuenta las respuestas del sujeto. A continuación, se presentará la descripción de la prueba.

3.3.2 Para la presentación de datos.

Para la presentación de resultados se utilizó el programa Excel en el vaciado de datos del cuadro general y para procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22.

3.3.3 Para el análisis e interpretación de datos

Para el análisis e interpretación de datos se utilizó la estadística descriptiva realizando un plan de tabulación luego se realizó el tratamiento de los datos con cuadros estadísticos de frecuencia, gráficos de barras y circular, asimismo, para la contrastación de las hipótesis se aplicó el análisis de los resultados obtenidos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Procesamiento de datos

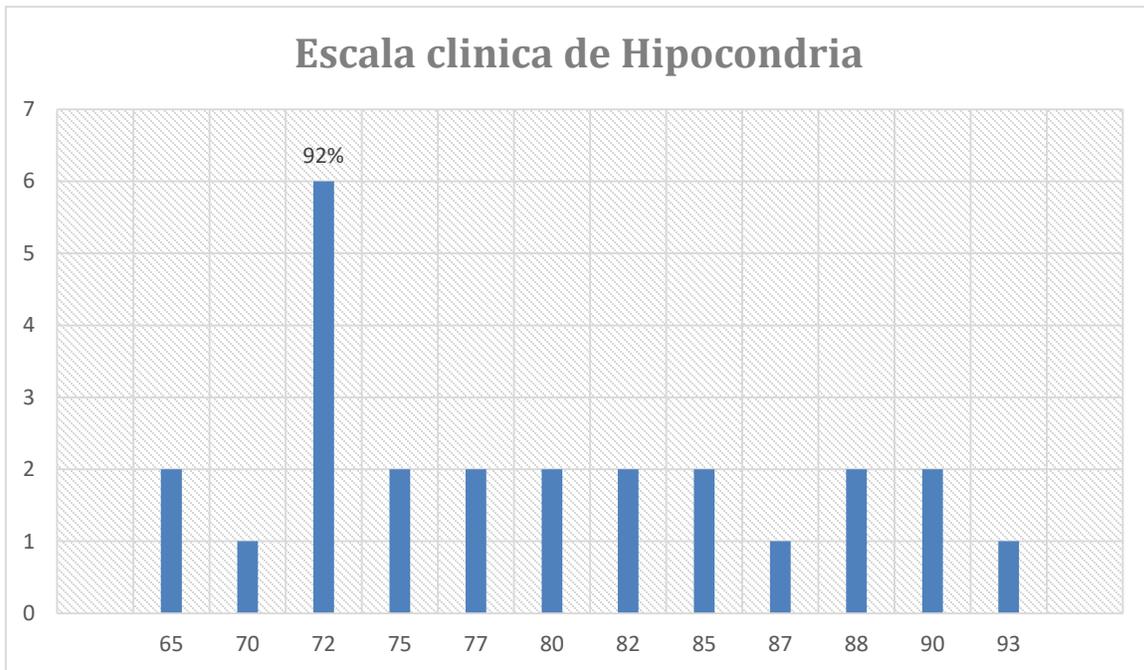
Tablas de Distribución de Frecuencias de las Escalas Clínicas del Minimult

Tabla 01: Nivel predominante en la escala clínica de Hipocondría, según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Puntaje del Minimult	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulada
65	2	8,0	8,0
70	1	4,0	32,0
72	6	24,0	36,0
75	2	8,0	44,0
77	2	8,0	52,0
80	2	8,0	60,0
82	2	8,0	68,0
85	2	8,0	76,0
87	1	4,0	80,0
88	2	8,0	88,0
90	2	8,0	96,0
93	1	4,0	100,0
Total	25	100,0	

Fuente: Aplicación de instrumento.

Elaboración: Propia



Fuente: Aplicación de instrumento.
 Elaboración: Propia

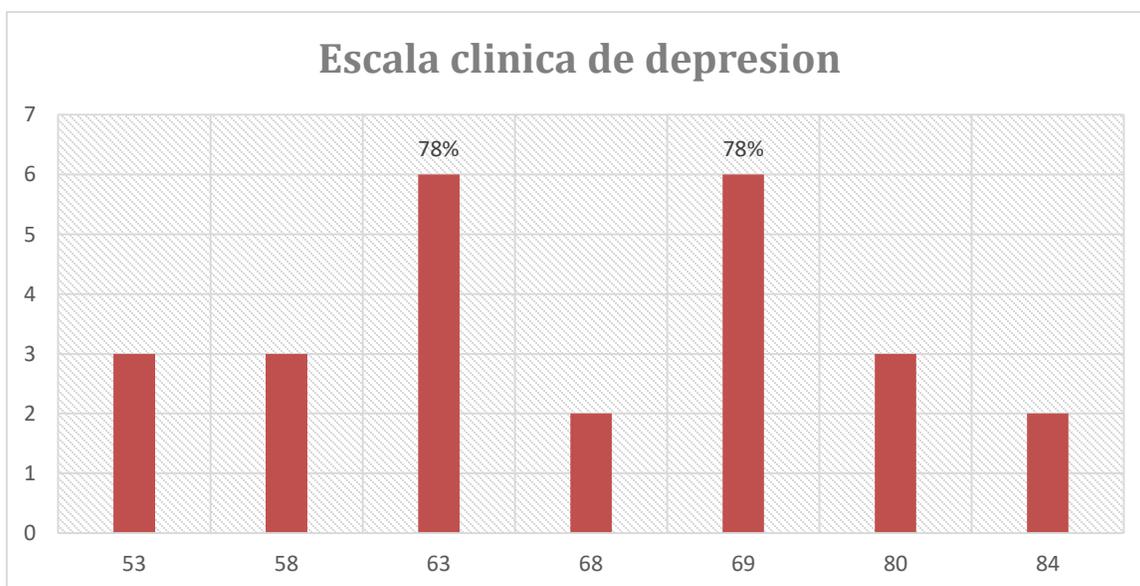
INTERPRETACIÓN

La tabla N° 01, de 100% (25) mujeres evaluadas el 92% (23) presentan niveles altos de predominancia en la escala clínica de Hipocondría, y el 8% (2) no presentan predominancia en la escala clínica de Hipocondría.

Tabla 02: Nivel predominante en la escala clínica de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Puntajes del Minimult	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
53	3	12,0	4,0
58	3	12,0	20,0
63	6	24,0	40,0
68	2	8,0	48,0
69	6	24,0	72,0
80	3	12,0	92,0
84	2	8,0	100,0
Total	25	100,0	

Fuente: Aplicación de instrumento.
Elaboración: Propia



Fuente: Aplicación de instrumento.
Elaboración: Propia

INTERPRETACIÓN

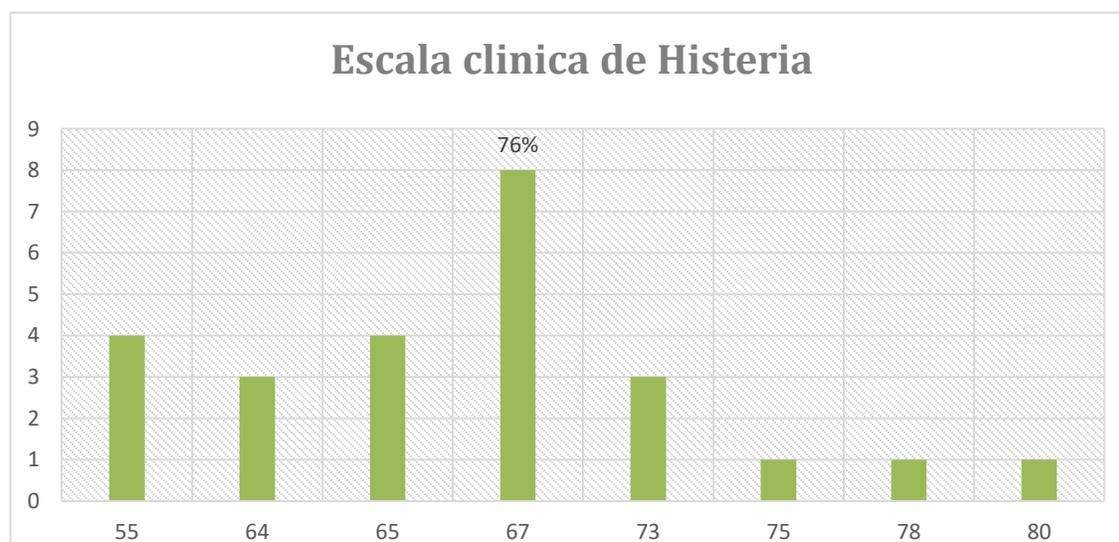
La tabla N° 02, de 100% (25) mujeres evaluadas el 78% (20) no presentan niveles altos de la escala clínica de Depresión, y el 22% (5) presentan predominancia en la escala clínica de Depresión.

Tabla 03: Nivel predominante en la escala clínica de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Puntaje del Minimult	frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
55	4	16,0	8,0
64	3	12,0	16,0
65	4	16,0	32,0
67	8	32,0	64,0
73	3	12,0	76,0
75	1	4,0	92,0
78	1	4,0	96,0
80	1	4,0	100,0
Total	25	100,0	

Elaboración: Propia

Fuente: Aplicación de instrumento.



Fuente: Aplicación de instrumento.

Elaboración: Propia

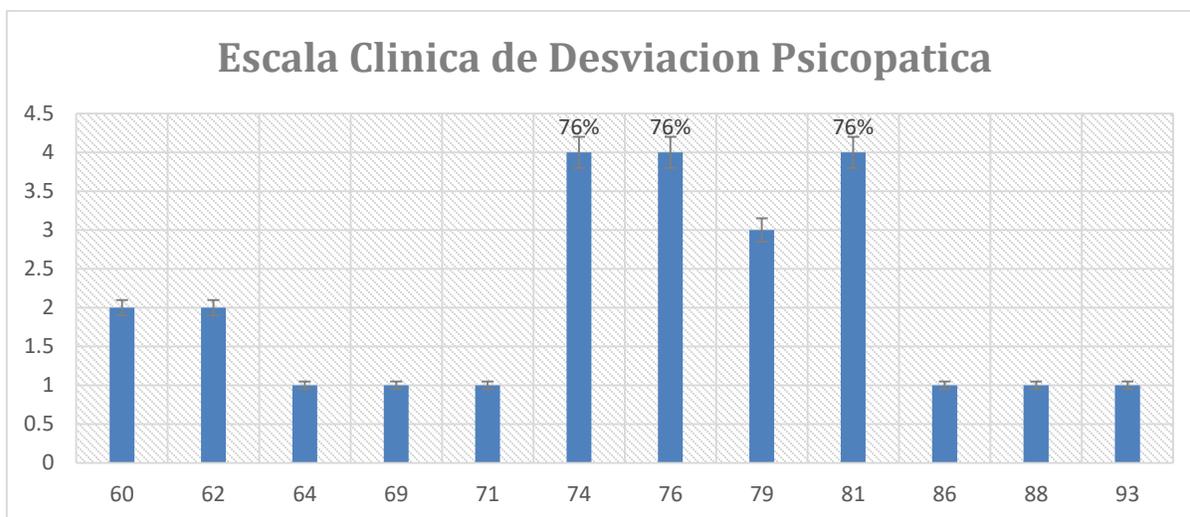
INTERPRETACIÓN

La tabla N° 03, de 100% (25) mujeres evaluadas el 76% (19) no presentan niveles altos de la escala clínica de Histeria, y el 24% (6) presentan predominancia en la escala clínica de Histeria.

Tabla 04: Niveles predominantes en la escala clínica Desviación Psicopática según el MMPI- “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Puntaje del Minimult	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
60	2	8,0	8,0
62	2	8,0	16,0
64	1	4,0	20,0
69	1	4,0	24,0
71	1	4,0	28,0
74	4	16,0	44,0
76	4	16,0	60,0
79	3	12,0	72,0
81	4	16,0	88,0
86	1	4,0	92,0
88	1	4,0	96,0
93	1	4,0	100,0
Total	25	100,0	

Fuente: Aplicación de instrumento.
Elaboración: Propia



Fuente: Aplicación de instrumento.
Elaboración: Propia

INTERPRETACIÓN

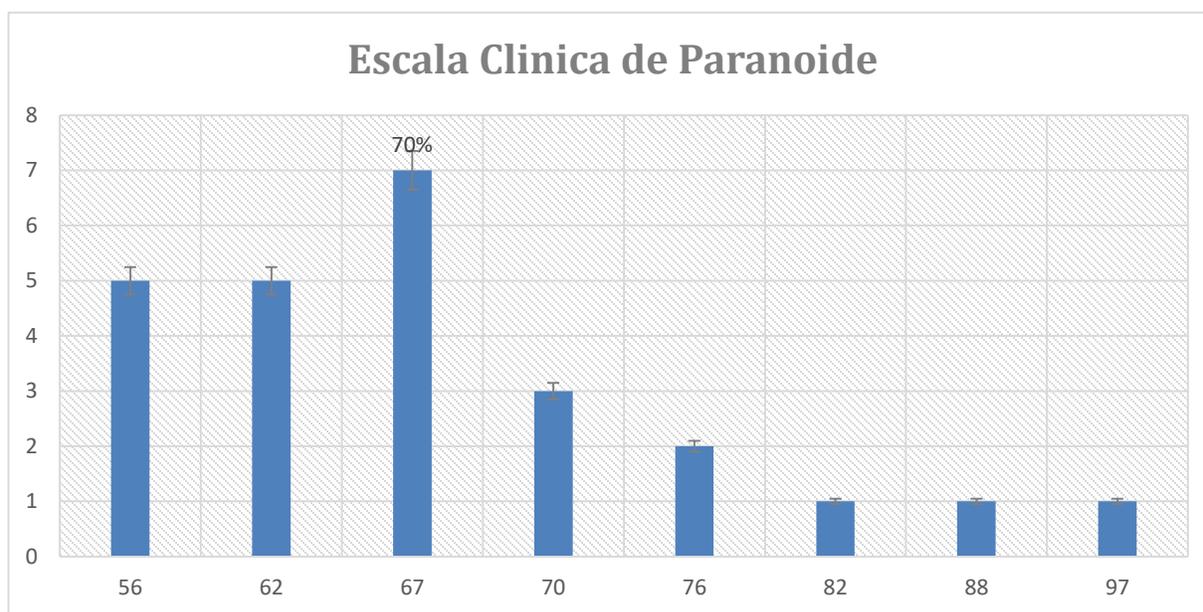
La tabla N° 04, de 100% (25) mujeres evaluadas el 76 % (19) presentan niveles altos de predominancia en la escala clínica de Desviación Psicopática, y el 24% (6) no presentan predominancia en la escala clínica de Desviación Psicopática.

Tabla 05: Nivel predominante en la escala clínica de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Puntajes del Minimult	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
56	5	20,0	12,0
62	5	20,0	32,0
67	7	28,0	60,0
70	3	12,0	80,0
76	2	8,0	88,0
82	1	4,0	92,0
88	1	4,0	96,0
97	1	4,0	100,0
Total	25	100,0	

Fuente: Aplicación de instrumento.

Elaboración: Propia



Fuente: Aplicación de instrumento.

Elaboración: Propia

INTERPRETACIÓN

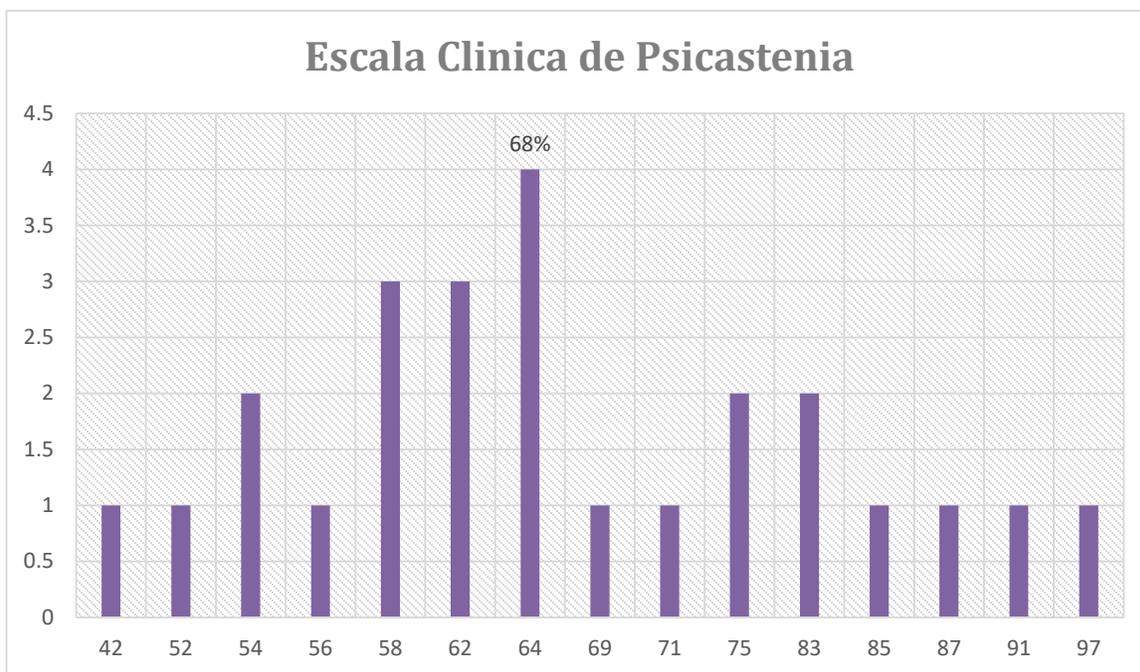
La tabla N° 05, de 100% (25) mujeres evaluadas el 70% (17) no presentan niveles altos de la escala clínica de Paranoide, y el 30% (8) presentan predominancia en la escala clínica de Paranoide.

Tabla 06: Niveles predominantes en la escala clínica de Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Puntajes del Minimult	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
42	1	4,0	4,0
52	1	4,0	8,0
54	2	8,0	16,0
56	1	4,0	20,0
58	3	12,0	32,0
62	3	12,0	44,0
64	4	16,0	60,0
69	1	4,0	64,0
71	1	4,0	68,0
75	2	8,0	76,0
83	2	8,0	84,0
85	1	4,0	88,0
87	1	4,0	92,0
91	1	4,0	96,0
97	1	4,0	100,0
Total	25	100,0	

Fuente: Aplicación de instrumento.

Elaboración: Propia



Fuente: Aplicación de instrumento.
 Elaboración: Propia

INTERPRETACIÓN

La tabla N° 06, de 100% (25) mujeres evaluadas el 68% (16) no presentan niveles altos de la escala clínica de Psicastenia, y el 32% (9) presentan predominancia en la escala clínica de Psicastenia.

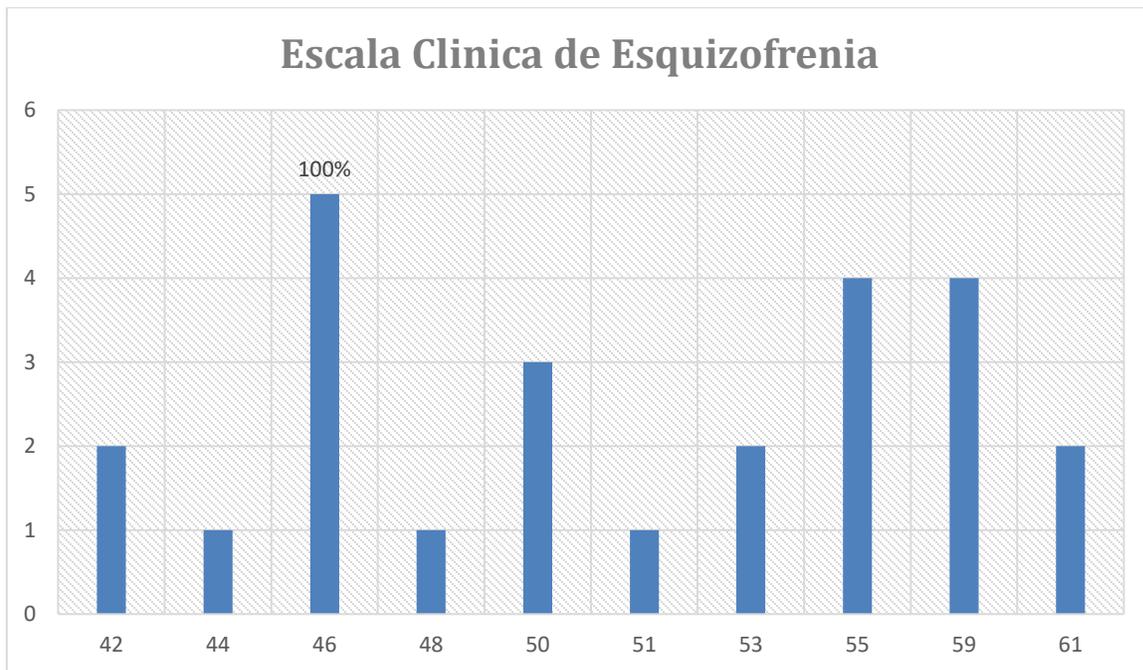
Tabla 07: Niveles predominantes en la escala clínica de Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018

Puntaje del Minimult	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
42	2	8,0	8,0
44	1	4,0	12,0
46	5	20,0	32,0
48	1	4,0	36,0
50	3	12,0	48,0

51	1	4,0	52,0
53	2	8,0	60,0
55	4	16,0	76,0
59	4	16,0	92,0
61	2	8,0	100,0
Total	25	100,0	

Fuente: Aplicación de instrumento.

Elaboración: Propia



Fuente: Aplicación de instrumento.

Elaboración: Propia

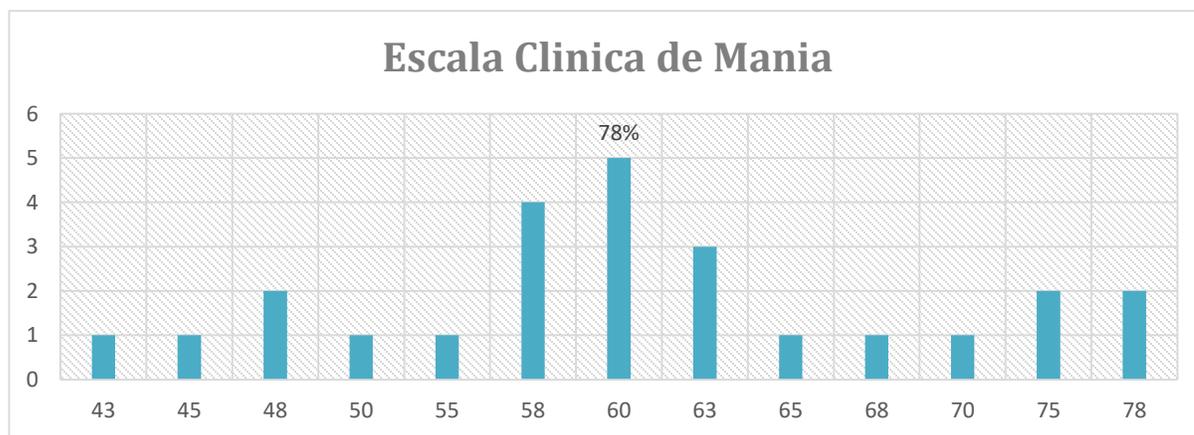
INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 07, de 100% (25) mujeres evaluadas el 100% (25) no presentan niveles altos de la escala clínica de Psicastenia.

Tabla 08: Nivel predominante en la escala clínica de Manía según el MMPI-“Minimult” abreviado en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Puntajes del Minimult	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
43	1	4,0	4,0
45	1	4,0	8,0
48	2	8,0	16,0
50	1	4,0	20,0
55	1	4,0	24,0
58	4	16,0	40,0
60	5	20,0	60,0
63	3	12,0	72,0
65	1	4,0	76,0
68	1	4,0	80,0
70	1	4,0	84,0
75	2	8,0	92,0
78	2	8,0	100,0
Total	25	100,0	

Fuente: Aplicación de instrumento.
Elaboración: Propia



Fuente: Aplicación de instrumento.
Elaboración: Propia

INTERPRETACIÓN

La tabla N° 08, de 100% (25) mujeres evaluadas el 78% (20) no presentan niveles altos de la escala clínica de Psicastenia, y el 22% (5) presentan predominancia en la escala clínica de Psicastenia.

Tabla 09: Presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica según el MMPI- “Minimult” abreviada en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

CUADRO CLINICO PSICOPATOLOGICO TRIADA NEUROTICA	
COMBINACION	Perfil
Hipocondría	Presenta
Depresión	No presenta
Histeria	No presenta

Fuente: MMPI- “Minimult” abreviada
Elaboración: Propia

INTERPRETACIÓN

La tabla 09 el cuadro clínico psicopatológico Triada Neurótica se interrelaciona entre las escalas clínicas de Hipocondría, Depresión e Histeria. Los resultados de la tabla evidencian que existe predominancia en la escala hipocondría, pero no en las escalas clínicas de Depresión y Histeria lo que evidencia que no existe presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica.

Tabla 10: Presencia del cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica según el MMPI-“Minimult” abreviado en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

CUADRO CLINICO PSICOPATOLOGICO TETRADA PSICOTICA	
COMBINACION	PERFIL
Psicastenia	No presenta
Esquizofrenia	No presenta
Manía	No presenta

Fuente: MMPI- “Minimult” abreviada
Elaboración: Propia

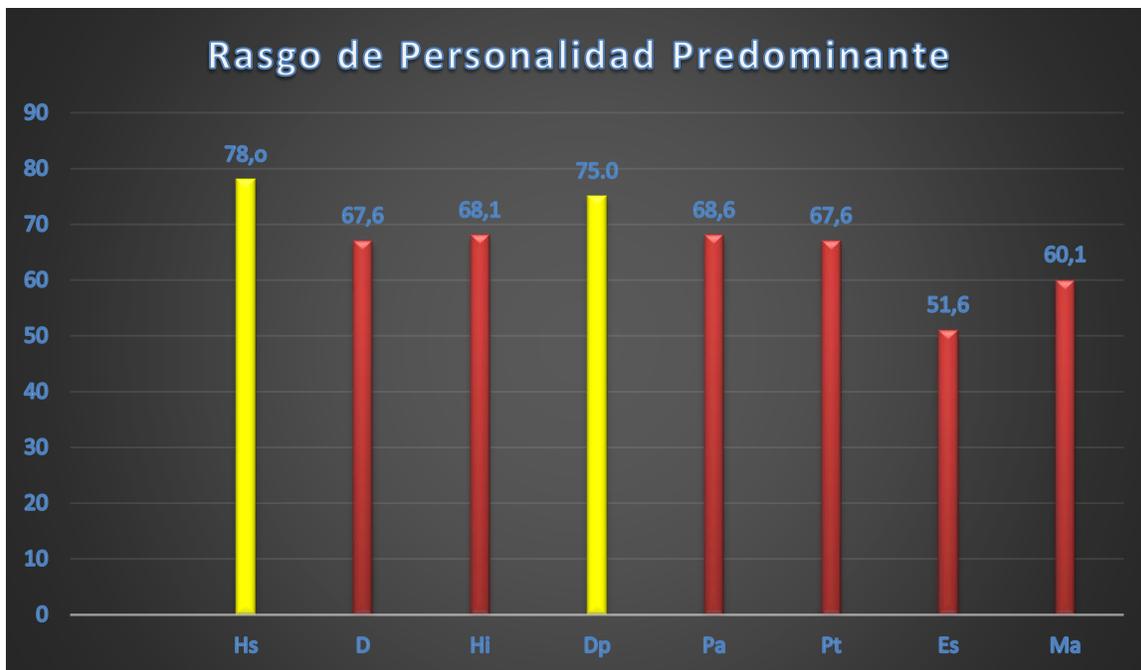
INTERPRETACIÓN

La tabla 10 el cuadro clínico psicopatológico Tétrada Psicótica se interrelaciona entre las escalas clínicas de Psicastenia, Esquizofrenia e Manía. Los resultados de la tabla evidencian que no existe presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica.

Tabla 11: rasgos de personalidad predominante según el MMPI- “Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

Escalas Clínicas	N	Media	Desviación estándar	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 100%		Mínimo	Máximo	Sig
					Límite inferior	Límite superior			
Hs	25	78,0	8,44	1,69	74,76	81,72	65	93	0,0001
D	25	67,6	8,57	1,71	64,69	72,55	53	89	0,0001
Hi	25	68,1	6,12	1,22	66,65	71,61	55	80	0,0001
Dp	25	75,0	8,6	1,72	71,49	78,59	60	93	0,0001
Pa	25	68,6	9,56	1,91	64,69	72,59	56	97	0,0001
Pt	25	67,6	13,71	2,74	61,94	73,26	42	97	0,0001
Es	25	51,6	6,01	1,2	49,16	54,12	42	61	0,0001
Ma	25	60,8	9,67	1,93	56,77	65,75	43	78	0,0001

Fuente: MMPI- “Minimult” abreviada
Elaboración: Propia



Fuente: MMPI- "Minimult" abreviada
 Elaboración: Propia

INTERPRETACION

En la tabla 11, podemos observar la media y la desviación estándar según las escalas clínicas del Minimult, los valores normales son de 50 a 70 puntos; pero, podemos evidenciar que en las escalas que sobre pasan esos puntajes son Hs: Hipocondría 92% y Dp: Desviación Psicopática 76%; esto nos indica que ambos cuadros son persistentes o forman parte del rasgo de personalidad en las víctimas de violencia familiar.

También se presenta la desviación estándar para cada escala clínica, estas desviaciones nos indican el grado de homogeneidad de los sujetos evaluados con respecto a los puntajes obtenidos; por lo tanto, en la escala donde hay más variabilidad y por lo tanto mayor dispersión con respecto a la media, es Hipocondría (Hs) y la escala con menor desviación o dispersión es Psicastenia (Pt). Esto sucede debido a que estas son las escalas donde hay más recorrido de los puntajes con respecto a la media.

La prueba de homogeneidad de varianza estadístico de Levene

F	gl1	gl 2	Sig.
3,492	7	192	0,002

Se evidencia el test de Levene, asume la prueba estadística de estimar si las varianzas son homogéneas en los componentes o áreas del Minimult. Se puede apreciar que el nivel de significancia que se halló es 0,002 ($p=0,002$), y el margen de error permitido del estudio es 0,05 ($\alpha=0,05$) entonces $0,05 > 0,002$ es decir $\alpha > p$

Pruebas robustas de igualdad de las medidas

	F	gl 1	gl 2	sig
Welch	33,057	7	81,870	,000
Brown-forsythe	19,971	7	151,196	,000

Podemos apreciar dos pruebas estadísticas de Welch y Brown-forsythe aquí se puede observar también un nivel de significancia de 0,00 en ambas pruebas estadísticas, el cual indica que las medias son diferentes estadísticamente significativa $\alpha > p$.

4.2 Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis

4.2.1 Hipótesis General

Por tanto: Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 , que afirma: Existe rasgo de personalidad predominante según el MMPI -"Minimult" abreviado de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018

4.2.3 Hipótesis específicas

1) Hipocondría

Por tanto: Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 que afirma: Existe nivel predominante en la escala de Hipocondría según el MMPI "Minimult"

abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

2) Depresión

Por tanto: Se rechaza la H3 y se acepta la H0, que afirma: No existe nivel predominante en la escala de Depresión según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

3) Histeria

Por tanto: Se rechaza la H4 y se acepta la H0, que afirma: No existe nivel predominante en la escala de Histeria según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

4) Desviación Psicopática

Por tanto: Se rechaza la H0 y se acepta la H5, que afirma: Existe bajo nivel predominante en la escala de Desviación Psicopática según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

5) Paranoide

Por tanto: Se rechaza la H6 y se acepta la H0, que afirma: No existe nivel predominante en la escala de Paranoide según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

6) Psicastenia

Por tanto: Se rechaza la H7 y se acepta la H0, que afirma: No existe nivel predominante en la escala de Psicastenia según el MMPI “Minimult”

abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

7) Esquizofrenia

Por tanto: Se rechaza la H8 y se acepta la H0, que afirma: No existe nivel predominante en la escala de Esquizofrenia según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

8) Manía

Por tanto: Se rechaza la H9 y se acepta la H0, que afirma: No existe nivel predominante en la escala de Manía según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

9) Cuadro Clínico Psicopatológico triada neurótica

Por tanto: Se rechaza la H10 y se acepta la H0, que afirma: No existe presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

10) Cuadro Clínico Psicopatológico tétrada psicótica

Por tanto: Se rechaza la H11 y se acepta la H0, que afirma: No existe presencia del cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica según el MMPI “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.

CAPITULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Resultados del trabajo de investigación.

La violencia familiar aparece con mas frecuencia de lo que imaginamos, en muchos casos la víctima silencia el hecho, en otras busca ayuda. El esfuerzo que implica sobrevivir cotidianamente, provoca tensión, desde lo económico, lo familiar, lo laboral, que indican en la calidad de las relaciones afectivas, las pautas culturales van marcando las formas de convivencia de una pareja y del grupo familiar, que van conformado una serie de situaciones que generan violencia como afirma Ravazzola (1997).

La vida dinámica de la familia y su protagónico rol en la formación y desarrollo del individuo y la sociedad puede constituir el lugar idóneo donde la violencia surja de una manera evidente y solapada.

La violencia impide realización integral de la salud humana comenzando por el derecho fundamental de toda persona que es la vida y que limita sus derechos.

En la presente investigación el objetivo fue identificar los rasgos de personalidad patológicos predominantes según el MMPI Minimult -Abreviado en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial Huanuco-2018, siendo así que se determinó que del 100 % (25) mujeres evaluadas es decir el 92% (23) presentan predominancia en la escala clínica de Hipocondría y el 76% (19) presentan predominancia en la escala clínica de Desviación Psicopática, por lo tanto, se concluye que existe rasgos de personalidad predominantes en las víctimas de violencia como la de Hipocondría y Desviación Psicopática. Asimismo, se identificó que el 78% (20) no presentan predominancia en la escala clínica de Depresión, el 76% (19) no presentan predominancia en la escala de Histeria, el 70% (17) no presentan predominancia en la escala clínica de Paranoide, el 68% (16) no presentan predominancia en la escala clínica de Psicastenia, 100% (25) no presentan predominancia en la escala clínica de Esquizofrenia, el 78% (20) no

presentan predominancia de la escala clínica de Manía. Por tanto, no existe presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica y no se evidencia el cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica; resultados que nos muestran claramente que las víctimas de violencia evaluadas en sus dos escalas clínicas presentan rasgos de personalidad predominantes a similitud con las siguientes investigaciones como Mazariegos (2014) que en su Tesis “Rasgos de personalidad en víctimas de violencia intrafamiliar estudio realizado con mujeres que residen en el albergue de la asociación nuevos horizontes en los meses de octubre y noviembre Quetzaltenango, 2014”, Concluyo que existen ciertos rasgos de personalidad que muestran resultados significativos en los niveles mas bajos en los rasgos de afabilidad y apertura mental, que se requiere a las características deficientes en amabilidad benevolencia empática y el estar dispuesto a realizar cambios y a adquirir nuevas experiencias. Asimismo Mendoza (2015) en su tesis “Rasgos de personalidad más frecuentes en mujeres guatemaltecas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar ejercida por el cónyuge” concluye que los factores de la personalidad mayor incidencia que tienen a presentarse en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y en la población estudiada son: pensamiento concreto, dura sensibilidad, poca sociabilidad orientada en sus necesidades, dependencia, poca fuerza del superapego, conservadurismo, dominancia y ansiedad alta y Riveros (2016) en su tesis “Personalidad en mujeres víctimas y no víctimas de violencia intrafamiliar en la Asociación Catalina Mc Auley del distrito San Martin de Porres, 2016, quien concluye que existe diferencia significativa en la dimensión de personalidad en mujeres víctimas y no víctimas de violencia intrafamiliar de la Asociación Casa de la mujer Catalina Mc Auley del distrito de San Martin de Porres, 2016 a excepción de la dimensión cordialidad que no muestra diferencias significativas.

Cabe mencionar también que existe investigaciones que evalúan la personalidad de los agresores quienes manifiestan: Hamberger y Hatings (1985), con una muestra de 105 maltratadores detecto, excepto en 12 casos, algún tipo de trastorno de personalidad. Dinwidde (1992), indica que el trastorno de personalidad y la depresión tienen una alta prevalencia mayor entre los maltratadores respecto a los

que no maltratan. En sentido muy general la violencia se puede ver como algo que impide la integral realización de la salud humana comenzando por el derecho fundamental de toda persona, la vida aparece entonces la violencia como actividad humana nociva y que limita los derechos, esta apreciación se encuentra fundamentalmente en las formas mas extremas y malignas del fenómeno conocido como violencia; pero este poliforme y multicausal realidad tiene múltiples expresiones que al ser comparada con un especto podría ir dando estímulos exagerados o comunicación en doble sentido como la ironía, el resentimiento, la envidia, pasando por la agresión verbal directa, el abuso sexual, financiero, físico, hasta lesiones de órganos internos y la muerte.

Finalmente, la investigación rigurosa nos hace reforzar lo señalado por San Martin (2016), la importancia del componente socio-educativo que tiene la violencia dentro del hogar que, por cierto, no puede explicarse únicamente por el instinto de agresión o supervivencia, sino por los procesos de aprendizaje y socialización es decir la violencia es producto de la cultura.

CONCLUSIONES

Las mujeres víctimas de violencia familiar que formaron parte de la muestra del estudio lo constituyen aquellas derivadas por mandato judicial haciendo un total de 25 sujetos entre las edades de 18 y 45 años.

La prueba inventario multifásico de la personalidad de Minnesota en su versión abreviada Minimult, es de uso frecuente como instrumento de investigación dentro del consultorio psicológico del poder judicial.

Del 100% (25) mujeres evaluadas el 92 % (23) presentan niveles altos en Hipocondría y el 76% (19) presenta nivel alto en Desviación Psicopática, por tanto, se rechaza la H0 y se acepta la H1 que afirma que existe rasgo de personalidad predominante según el MMPI -Minimult abreviado en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el poder Judicial Huánuco, 2018.

Dentro del rasgo de personalidad según el minimult se ha encontrado que 92% (23) de los sujetos evaluados ha obtenido puntajes altos en la escala de hipocondría siendo altamente significativo; así rechazando la H0 y se acepta la H1 que afirma que existe nivel predominante, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el poder judicial de Huánuco 2018.

Dentro del perfil de personalidad según el minimult, se ha encontrado que el 76% (19) de los sujetos evaluados han obtenido puntajes significativos en la escala de desviación psicopática siendo altamente significativo; así rechazando la H0 y se acepta la H1 que afirma que existe nivel predominante, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el poder judicial de Huánuco 2018.

Los resultados obtenidos en la prueba indican que las mujeres que sufren de violencia familiar presentan un perfil de personalidad característico en que todas comparten de alguna manera cuadros clínicos comunes, en nuestro estudio las mujeres que asisten al consultorio psicológico del poder judicial por motivos de violencia familiar presentan sintomatología asociada a hipocondría, desviación psicopática, en este sentido son personas que se caracterizan por presentar

antecedentes de maltrato físico, abuso sexual, creen que cualquier síntoma o suceso son signos de una enfermedad seria, son inmaduros de controlar su entorno, inicialmente aceptan el maltrato de este modo en cierta medida muestran expresión de baja autoestima. Además, son personas con frecuentes conflictos con la familia y la autoridad, con dificultades de aprender de las experiencias. Con una tendencia a la negación de las dificultades y conflictos, no atribuyéndose la responsabilidad de las mismos.

Es importante no solo estudiar el rasgo de personalidad del agresor sino también de la víctima, debido a que un rasgo determinado puede predisponer al maltrato.

La violencia familiar puede ser parcialmente el efecto de un trastorno psicopatológico, pero puede ser ella misma también causante de alteraciones psicopatológicas.

La violencia familiar no es el resultado de un estado de ánimo, sino es un sistema complejo que incluye conductas, ideas, posiciones, pautas y emociones.

El origen de la violencia en la pareja se debe alejarse de la versión lineal víctima-victimario. Se pretende lograr un cambio real no se puede seguir culpando ni persiguiendo a ninguno de los dos miembros de la pareja. Por el contrario, el análisis debe dirigirse al reconocimiento de los mitos y creencias sobre la desigualdad sexual (grabados, inconscientemente los miembros de la pareja), los cuales además de ser vivido como conflictivo presentan una intensa carga emocional negativa.

RECOMENDACIONES

- El Poder Judicial debe realizar campañas de sensibilización y prevención ante la violencia familiar, mediante, el cual se puede conseguir la concientización de la población y un cambio en el modelo de igualdad.
- Realizar programas de intervención y de apoyo familiar a las víctimas de violencia familiar en la que pueden fomentar la solución de conflicto sin violencia, ayudando así, a expresar sus sentimientos y tener una comunicación asertiva.
- A las personas que trabajan con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el área psicológica, evaluar los rasgos de personalidad para mejorar los niveles de los mismos.
- Tomar en cuenta que cada caso de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar tienen rasgos de personalidad diferentes y únicos por lo que se debe evitar generalizaciones.
- A los profesionales de Psicología encargados de intervenir en casos de violencia se recomienda realizar terapia psicológica cognitiva y aplicar terapia racional emotiva a las mujeres víctimas de violencia para disminuir rasgos de personalidad patológicos.
- Realizar programas de intervención y de apoyo familiar para las mujeres víctimas de violencia, en la que puedan fomentar la solución de conflictos sin violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Allport, Gordon. (1970). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Alcalé, Sanchez (2000). El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito, violencia familiar Ed. Tirant lo Blanch.
- Bandura, A (1977). Social Learning Theories. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice hall.
- Berkowitz, L. (1996). Agresión, causas, consecuencias y control. Bilbao. Portugal
- Barrero (2015) Psicología de la Violencia. México DF, Editorial Manual Moderno
- Barredo (2011) De los pájaros azules a las águilas negras. Estética de lo atroz. Autor. Fondo Editorial Cátedra Libre, 2011.
- Bandura, A (1977) Social Learning Theories. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice hall .
- Bechara, A (1994) Insensibilidad a las consecuencias futuras después del daño a la corteza prefrontal humana, AR Damasio, H Damasio, SW Anderson Cognición 50 (1-3), 7-15
- Bruno, F. J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. (1997). Barcelona. Paidós Studio.
- Cano Vin (2007) Investigación sobre ansiedad y estrés. Madrid.
- Carl Roger (1971) Psicoterapia y relaciones humanas. Psicólogo Promotor del enfoque humanista.
- Corsi, J (2010) Violencia hacia las mujeres. Argentina, documento de apoyo Fundación Mujeres
- Corsi, J. (1991) Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos aires. Editorial Paidós, Argentina.
- Chumaceros (2013). “Personalidad y autoestima en agresores de violencia familiar que acuden a un centro hospitalario estatal de Chiclayo, 2012” Tesis para optar el título de licenciado en Psicología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo-Perú.
- De La Borda y Dador, J (1996). La violencia contra la mujer. Movimiento Manuela Ramos. Lima.

- Duluth (1979) Modelo Duluth: La Rueda del Poder y Control. MENDING THE SACRED HOOP 202 W. 2nd Street Duluth, Minnesota 55802 888-305-1650 www.mshoop.o
- Echeburúa, E., De Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2(1), pp. 7– 19. Recuperado de: <http://aepcp.net/>
- HARRIS Y LINGOES (1955) “ The Clinical Application of MMPI Special Scales” New Jersey
- Engler B. (1996) Introducción a las teorías de la personalidad. Mexico: McGraw-hill.
- Lorente Acosta, M (2001). Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos. Barcelona. Ed. Ares y Mares.
- López, Sáez (2005). Investigación sobre el efecto del peritaje psicológico en el ámbito judicial en el sentido de los derechos sexuales en la audiencia judicial de Barcelona
- López,Zafra y Berrios (2006).Violencia en la familia, Del lunar, Jaén, pp. 80-93.
- Ferreira, G. (1993) Hombres Violentos y Mujeres Maltratadas. Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social. Buenos Aires, Argentina. Editorial Sudamericana.
- Feldman, R. (2006). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana (6ª. ed.). México DF, México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A de C.v.
- Flora, T. (2005)."Manual sobre Violencia Familiar y Sexual", Segunda Reimpresión,
- Freud, Sigmund. Tótem y Tabú. Ed Amorrortu. Buenos Aires. 1975.
- Fisher, H (1999) el primer sexo, las capacidades innatas de las personas que van cambiando en el mundo. Madrid. Ed Taurus.
- González, M. (2012) Investigó sobre “violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención”; Madrid.
- Guesmez, Palomino y Ramos, UPCH, OMS, Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. 2002.Lima – Perú
- <https://ldefinicion.de/poder-judicial/>

- Hernández, Fernández y Baptista. (2006). Metodología de la Investigación. Editorial Mg Graw Hill. México, D.F.
- Luciano, R (1999). La Violencia Psicológica en las familias pobres de San Luis Paucarbamba y su Influencia del Desarrollo de la Personalidad del Adolescente, Huánuco. Para optar el título Profesional de Lic. en Psicología.
- Mazariegos (2014). Tesis “Rasgos de personalidad en víctimas de violencia intrafamiliar estudio realizado con mujeres que residen en el albergue de la asociación nuevos horizontes en los meses de octubre y noviembre Quetzaltenango, 2014” para optar la licenciatura en Psicología clínica en la Universidad Rafael Landívar de Guatemala
- Mendoza (2015). Tesis "Rasgos de personalidad más frecuentes en mujeres guatemaltecas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar ejercida por el cónyuge” para optar el título de licenciada en psicología clínica en la universidad Rafael Landívar de la antigua Guatemala.
- Ministerio de la Mujer (2016). Números de casos atendidos a nivel nacional y regional. <http://www.Mimdes.gob.pe/index.php?option=com-content&view=article&id=527&Itemid=245>.
- Ministerio De Salud (2004). Normas Técnicas del Sistema de referencia y contratransferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. MINSA. Lima – Perú
- Organización Mundial de la Salud (2002). “Informe mundial sobre violencia y la salud”. Washington. D.C s/e
- Olortegui (2008) Diccionario de Psicología. Editorial San Marcos. Lima Perú.
- Organización Mundial de la Salud (1998). “violencia doméstica”, promoción de la salud y epidemiología. Lima-Perú.
- Organización Panamericana de la Salud Informe mundial (2003) “sobre la violencia y la salud Washington, D.C.: OPS, © 2003
- Pérez y Suarez, (2003). Psicología de la personalidad. Madrid: UNED. España
- Ravazzola M. (2007). Historias infames: los maltratos en las relaciones. Barcelona: Paidós.

- Riveros (2016). “Personalidad en mujeres víctimas y no víctimas de violencia intrafamiliar de la Asociación Catalina Mc Auley del distrito San Martín de Porres, 2016” tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo, Lima-Perú
- Rosenbaum, M. E. (1959). Social perception and the motivational structure of interpersonal relations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 130- 133.
- Torres Falcón, M. 2001. La violencia en casa. Ed. Paidós Mexican
- Sánchez y Reyes. (2002). Metodología y diseños en la Investigación Científica Universidad Ricardo Palma. Editorial Universitaria. Lima-Perú.
- Skinner (1971) Más allá de la libertad y la dignidad. EE.UU.
- Walker (2004). El perfil de la mujer víctima de violencia, En: J. Sanmartín (coord.), El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos.
- Walker (1979) *The Battered Women. (Las Mujeres Agredidas)*. Harper and Row Publishers, Inc. Nueva York, 1979., pag. 55. Traducido por Ma. del Rocío Cordero
- Wurtman (1960) Los alimentos medicina milagrosa. Neuro-endocrinólogo del Instituto de Tecnología de Massachusetts EE,UU
- Venturo (2016). Tesis “El proceso por violencia familiar, como garantía de los derechos de las víctimas de violencia de género en el segundo - Juzgado de Familia de Huánuco, 2014” Tesis de licenciatura, Universidad de Huánuco- Perú.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“PERSONALIDAD SEGÚN MMPI –MINIMULT ABREVIADO, DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR, ATENDIDAS EN EL PODER JUDICIAL DE HUANUCO, 2018”

Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables y Dimensiones	Metodología	Muestra	Técnicas e instrumentos
<p>Problema General: ¿Cuál es el rasgo de personalidad predominante según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>Problemas Específicos: 1.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Hipocondría</p>	<p>Objetivo General: Identificar el rasgo de personalidad predominante según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018</p> <p>Objetivos Específicos Determinar el nivel predominante en la escala de Hipocondría según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Hi: Existe rasgo de personalidad predominante según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe rasgo de personalidad predominante según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar,</p>	<p>Variable : Personalidad Según MMPI – MINIMULT Abreviado de mujeres víctimas de violencia</p> <p>-Hipocondría -Depresión -Histeria -Desviación psicopática -Paranoide -Psicastenia -Esquizofrenia -Manía -Cuadro clínico psicopatológico triada neurótica</p>	<p>Método de investigación: La investigación se basa en el método científico que consiste en abordar un problema de manera objetiva y sistemática partiendo por la observación y aplicando instrumento buscando así demostrar las hipótesis planteadas.</p>	<p>Población: Conformada por víctimas de violencia familiar que asistieron por ordenanza judicial al consultorio psicológico del Poder Judicial durante los 3 primeros meses del 2018</p> <p>Muestra: Conformada por 25 mujeres.</p>	<p>Técnica: Psicometría</p> <p>Instrumento: Inventario Multifásico De La Personalidad De Minnesota MMPI “Minimult” J.C. Kincannon</p> <p>Autor: J.C. Kincannon</p> <p>Técnica: Psicometría</p>

<p>según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>2.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>3.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas</p>	<p>violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Valorar el nivel predominante en la escala de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Identificar el nivel predominante en la escala de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Describir el nivel predominante en la escala Desviación Psicopática según el “Minimult”</p>	<p>atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hipótesis específica: Hi: Existe nivel predominante en la escala de Hipocondría según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe nivel predominante en la escala de Hipocondría según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p>	<p>-Cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica</p>	<p>Diseño de Investigación: La investigación es de tipo no experimental, el cual analiza cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un determinado momento. (Andrés, 999).</p> <p>Tipo de investigación: La investigación es de tipo básica ya que se aborda la investigación con teorías y enfoques existentes (Hernández, 2006).</p>	<p>Criterios de selección Criterios de inclusión: Ser de sexo femenino Ser demandante por violencia familiar Pertencientes al distrito judicial de Huánuco Víctimas de violencia conyugal</p> <p>Criterios de exclusión: No ser de sexo femenino No ser demandante por violencia familiar No pertenecientes al distrito judicial de Huánuco No ser víctimas de violencia conyugal</p>	
---	---	--	--	--	--	--

<p>de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>4.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala Desviación Psicopática según el “Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>5.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el</p>	<p>abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Indicar el nivel predominante en la escala de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, de mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Encontrar el nivel predominante en la escala de Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Definir el nivel predominante en la escala de</p>	<p>Hi: Existe nivel predominante en la escala de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe nivel predominante en la escala de Depresión según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hi: Existe nivel predominante en la escala de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el</p>		<p>Nivel de Investigación: Según su carácter es descriptivo. En el nivel descriptivo los estudios buscan especificar propiedades características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández, 2006).</p>		
--	--	---	--	--	--	--

<p>Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>6.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>7.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p>	<p>Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Determinar el nivel predominante en la escala de mania según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Establecer la presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder</p>	<p>Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe nivel predominante en la escala de Histeria según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hi: Existe nivel predominante en la escala Desviación Psicopática según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe nivel predominante en la escala Desviación Psicopática según el MMPI-“Minimult”</p>				
---	--	--	--	--	--	--

<p>8.- ¿Cuál es el nivel predominante en la escala de manía según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>9.- ¿Existe presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p> <p>10.- ¿Existe presencia del cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica</p>	<p>Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Identificar la presencia del cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018</p>	<p>abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hi: Existe nivel predominante en la escala de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe nivel predominante en la escala de Paranoide según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hi: Existe nivel predominante de la escala de</p>				
---	---	---	--	--	--	--

<p>según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018?</p>		<p>Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe nivel predominante de la escala de Psicastenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hi: Existe nivel predominante de la escala de Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>Ho: No existe nivel predominante de la escala de Esquizofrenia según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hi: Existe nivel predominante en la escala de manía según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe nivel predominante en la escala de manía según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hi: Existe presencia del cuadro clínico psicopatológico triada neurótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe cuadro clínico psicopatológico triada neurótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Hi: Existe presencia del cuadro clínico psicopatológico</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>tétrada psicótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe presencia del cuadro clínico psicopatológico tétrada psicótica según el MMPI-“Minimult” abreviado, en mujeres víctimas de violencia familiar, atendidas en el Poder Judicial de Huánuco, 2018.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD DE MINNESOTA MMPI-
MINI-MULT**

1.- FICHA TECNICA

- **NOMBRE DEL TEST:** Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini-Mult.

- **SIGLAS** : Mini Mult. MMPI
- **AUTOR** : J.C. Kincannon.
- **SIGNIFICACION** : Evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad.
- **ESTRUCTURACION:**

ESCALAS DE VALIDEZ

1. Escala de Dudas : ?
2. Escala de Mentira : L
3. Escala de Validez : F
4. Escala de Corrección : K

Escalas clínicas

- | | | |
|---|----|------------------------|
| 1 | Hs | Hipocondría |
| 2 | Dp | Depresión |
| 3 | Hi | Histeria |
| 4 | Dp | Desviación Psicopatita |
| 5 | Pa | Paranoia |
| 6 | Pt | Psicastenia |
| 7 | Es | Esquizofrenia |
| 8 | Ma | Manía |

2.- RESEÑA HISTORICA

Una de las pruebas más usadas para evaluación y diagnóstico de la personalidad es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

Sin embargo, la numerosa pregunta la convierte en una prueba de difícil aplicación, sobre todo cuando esta se hace de manera oral o el sujeto no tiene interés en ser evaluado. Por tal motivo, han sido desarrolladas varias versiones abreviadas de la prueba, entre las que se destaca el Mini Mult por la cantidad de investigaciones que ha generado.

En 1968 en la revista Estadounidense “Journal of consulting and Clinical Psychology” apareció la publicación de James Kincannon “Prediction of the Standard MMPI scale scores from 71 ítems: the Mini Mult”

El autor había observado que en ciertas ocasiones los pacientes eran incapaces o no tenían voluntad para completar la forma estándar del MMPI, pero los mismos estarían de acuerdo en responder una corta serie de preguntas oralmente administradas.

Kincannon manifestó que habría mucha utilidad en el área clínica y en el campo de la investigación con una abreviación del MMPI por lo que ideó una reducción de ítems que fueron escogidos como representativos del contenido de grupo extraído de las escalas de validez y de las 8 escalas clínicas.

Esta versión abreviada fue desarrollada por J.C. Kincannon (1968) y revisada en Costa Rica por Adis y Araya (1971), los que reportaron resultados similares a los del estudio original de Kincannon.

La mayor parte de las investigaciones, independientemente de las metodologías aplicadas, concuerda con su disponibilidad para mostrar altas correlaciones significativas entre los puntajes de las escalas del Mini-Mult. y sus “homologas” en la versión larga.

Sin embargo, la significancia estadística de la correlación “escala por escala” no es por sí misma un buen criterio para aplicación pues, en algunos estudios se ha encontrado una alta correlación “escala por escala” pero, al mismo tiempo la aplicación y corrección que el anterior, las correlaciones del producto momento fluctuaron entre 0.70 y 0.96 con una mediana de 0.87.

Un tercer trabajo se efectuó con 60 pacientes psiquiátricos (30 hombres y 30 mujeres) de un hospital general a los que se les administró el MMPI Standard como parte de la rutina de admisión. Luego se les solicita completar un nuevo test del MMPI como parte de la

investigación y a participar en un examen de salud mental. El Mini Mult fue administrado como parte de este último, las que fueron tomadas en 3 días consecutivos, se llegó a la conclusión con esta investigación que el promedio de pérdida de confiabilidad del Mini Mult fue de 14%, este total de error es tolerable y no significativo y como Adis Castro dice:” El Mini Mult puede ser utilizado con suficiente confianza, cuando la fórmula original no puede ser administrada por alguna razón especial”.

3.- DESCRIPCION DE LA PRUEBA:

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, consta de un cuadernillo de preguntas de 71 oraciones planteadas de forma afirmativa y negativa.

Es un instrumento diseñado para brindar en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la personalidad de un sujeto.

3.1.- MATERIAL :

- Un manual.
- Un cuadernillo de preguntas.
- Hoja de respuestas.
- Dos plantillas de corrección.
- Tres tablas de conversión.

3.2.-ADMINISTRACION:

- a) Administración: Esta puede ser en forma individual y colectiva.
- b) Aplicación: Se le puede aplicar a personas de 16 a 55 años y aquellos que por lo menos hayan terminado el 2do de secundaria. Debiendo de responder a dos categorías cierto (C) y falso (F).
- c) Tiempo de aplicación: No tiene límite, pero existe un aproximado de 20 a 45 minutos. Es recomendable que al momento de dar las instrucciones se crea un ambiente adecuado tratando de llegar al paciente, como se verá más adelante esto dará un mejor resultado.

3.3.-CALIFICACION:

APLICACIÓN DE LA PRUEBA

Se puede aplicar el Mini Mult. En forma individual o colectiva Kincannon encontró que la prueba podrá ser administrada oralmente sin que esto afecte los resultados.

Esta fórmula ofrece por lo tanto muchas posibilidades de utilización en el área clínica como en la investigación, incluyendo las posibilidades de utilizarlo en estudios experimentales de campo.

Las instrucciones para la aplicación del test son las siguientes: “por favor conteste a las siguientes preguntas con una C cierto y con una F falso, de acuerdo así se aplican o no a ustedes. O marque con una X el casillero correspondiente (CoF) en el protocolo de respuestas. No deje ninguna sin contestar.”

CORRECCION Y PUNTUACION

Una vez que los sujetos han marcado en la hoja de respuestas en cualquiera de las dos columnas cierto (C) o (F) se colocan las plantillas de corrección y se obtienen los puntajes para cada escala en la forma Mini Mult, luego ubicamos tales puntajes en la tabla de puntuación: ubicamos tales puntajes en la escala de conversión de los puntajes del MMPI. Para la Corrección, cuenta con dos planillas, en cada una de ellas están incluidas las 11 escalas, de cada una de ellas se obtendrá el puntaje directo que será llevado a la tabla I de conversión y sus puntajes se colocaran en la parte inferior del casillero de la hoja de respuestas.

Luego de obtener el Puntaje Base de cada escala se colocarán los puntajes de “K” en Hs, Dp, Pt, Es, Ma de la tabla II. Enseguida se suman o se escriben los mismos puntajes en Puntaje de Conversión (P.C)

Una vez obtenido el puntaje de conversión nos dirigimos a la tabla III que es la Tabla “T”, donde se busca el P.C. y su puntaje por cada escala.

Para la preparación del perfil se vaciarán los datos en el cuadro ya establecido. El trazo del perfil deberá ser una línea continua.

4.- CARACTERISTICAS:

Esta prueba por ser objetiva, presenta respuestas en forma cerrada ante preguntas previamente elaboradas para averiguar rasgos de personalidad patológica y el grado de comprensión.

La característica mayor de la prueba radica en que posee escalas de validez que nos permite tomar o no en cuenta las respuestas del sujeto. A continuación, se presentará la descripción de la prueba.

5.- DESCRIPCION DE LAS ESCALAS:

ESCALA DE LAS FRASES OMITIDAS. - (¿) Son aquellas en las que el sujeto las omite. Se debe intentar que el sujeto no deje demasiadas frases sin contestar, aunque no se debe presionar mucho al sujeto.

Para esto se tiene que tomar en cuenta, su edad, sexo, grado de instrucción, nivel socioeconómico y su desarrollo en las pruebas y entrevistas.

Esta escala no está considerada en el Mini-Mult, puesto que existen solo dos tipos de respuestas.

ESCALA DE MENTIRAS. - (L) Es una escala franqueza por parte del sujeto, consta de 05 ítems. Con ella se encuentra la tendencia del sujeto a cubrir sus faltas personales, socialmente inaceptables.

Cuando esta escala es alta, se observan sujetos normales de inteligencia limitada, convencionales, pasivos e inseguros.

Cuando la escala es baja se encuentran sujetos perceptivos, socialmente adecuados, confiados en sí mismo, independientes, ocasionalmente sarcásticos.

ESCALA DE VALIDEZ. - (F) Es una escala con 15 ítems para ver si el sujeto entiende los ítems o si ha sido correctamente administrado, o una forma de evaluar la validez. Un puntaje alto no necesariamente invalida la prueba.

Es necesario indicar que los sujetos que obtienen puntajes altos son considerados como personas que evitan responsabilidad o fingen estar enfermos.

ESCALA DE CORRECCION. - (K) Es una escala de corrección para las escalas clínicas, que consta de 16 ítems, se considera como medida de actitud ante la prueba.

En las primeras versiones del MMPI original no existía esta escala, se creó con la finalidad de resolver dificultades en la diferencia de pacientes.

Es una escala independiente de las otras y se relaciona con las características de personalidad, tal como con las actitudes defensivas o exhibiciones psicológicas.

Actúa como corrección para **las escalas clínicas** de: 1 (Hs), 4 (Dp), 7 (Pt), 8 (Es) y 9 (Ma).

También como índice en ciertas características personales.

6. CONFIGURACION DE LAS TRES ESCALAS DE VALIDACION, L, F, K

- a) L es la escala más alta, la F y la K son bajas cerca de T=50 esta configuración se encuentra en protocolos de personas con poca instrucción, que intentan ofrecer un cuadro ingenuo extremadamente favorable al interpretar la prueba, se puede observar que todas las escalas clínicas están extremadamente bajas o presentan puntajes T menores de 45.
- b) F es la escala más alta, la L y la K se encuentran cerca de la línea media T=50, se encuentran en protocolos de sujetos con un cuadro de perturbación emocional y las respuestas a F parecen ser relacionadas con una llamada de ayuda que pide el paciente.
- c) K es la escala más alta, la L y la F se encuentran cerca de la línea media T=50, es el caso de personas normales que utilizan evasiones defensivas con el fin de aparecer bien, u ofrecer la idea de que nada les pasa.
- d) L y K son los valores encima de F y la F cerca o por debajo de la línea media T=50, se trata de perfiles de sujetos normales defensivos o de pacientes histeroides o hipocondríacos. Esta combinación refleja un intento franco de evitar el revelar sentimientos socialmente rechazados. Somatiza el problema psicológico con un dolor desadaptativo.
- e) L y K son valores inferiores a la medida T=50, y F es alta, se trata de un perfil en el que se intenta deliberadamente dar un cuadro falso de la personalidad, pero también se encuentran en pacientes psicopáticos agudos, que muestran esta configuración como parte de su enfermedad.
- f) L, F y K cuando los valores de estas escalas corresponden a puntajes altos. Este tipo de casos se encuentran en protocolos en los que el sujeto contesta todas las frases como

falsas o también se puede encontrar en sujetos neuróticos altamente negativos, pero más frecuentemente se encuentran en pacientes esquizofrénicos agudos.

7.- ESCALAS CLINICAS:

- (1) **Hs Hipocondría.** - Consta de 13 ítems, es una escala más de orientación psicológica basada en los aspectos psicológicos y no físicos, mide el interés anormal acerca de las funciones corporales. Si existe puntaje alto nos indica preocupación acerca de su estado de salud, los que experimentan conflictos emocionales los canalizan mediante la somatización y malestar físico de forma insistente sin tener una base orgánica. Como son los dolores de la cabeza, náuseas, dolores abdominales. Son inmaduros para afrontar problemas.
- (2) **Dp Depresión.** - Consta de 20 ítems, es la escala de “estado de ánimo”, mide el grado de depresión. Se encuentra tanto en cuadro normales como psiquiátricos. Encontrado la Depresión como principal perturbación o es el resultado de otros problemas. Una puntuación alta indica decaimiento de la moral, sentimientos de inutilidad. Falta de confianza en si mismo, tendencia a preocuparse. Puede cambiar de ambiente rápidamente frente a un tratamiento psicoterapéutico apropiado. En ciertos casos la depresión puede encontrarse oculta a la observación casual. Es la “observación sonriente”.
- (3) **Hi Histeria.** -Consta de 24 ítems, se divide en dos partes una a quejas somáticas y la otra asuntos emocionales o dificultades personales. Una puntuación alta, indica propensión a episodios de ataques de debilidad, desmayos o convulsiones. También presenta contradicciones musculares, parálisis reacción de tipo epiléptica. Lo que hace es desplazar su problema en función sicopática de inmadurez, egocéntrica, utiliza la mentira, finge enamorarse. Los histéricos son maduros psicológicamente.
- (4) **Dp Desviación Psicopática.** - Consta de 17 ítems, es una escala de exteriorización ya que la ansiedad se vuelca hacia fuera, presenta respuestas emocionales no profundas, despreocupación por las normas morales y sociales, agresión por el medio, rebelde, desorden de carácter. Sentimientos antisociales. Pueden ser

agradables e inteligentes. Una puntuación alta indica comportamiento criminal, uso de drogas, alcohol. Pueden ser revoltosos, inestables e impredecibles.

(5) **Pa Paranoia.** -Consta de 14 ítems es para encontrar pensamientos o ideas de paranoia, ideas de referencia, tanto para cuadros normales como psiquiátricos, presenta actitud sospechosa, rígida, miedo, ideas de daño. Sensibles en sus relaciones interpersonales, suspicaces. Estas aparecen en cuadros depresivos, esquizofrénicos, también es el primer componente de la Tétrada Psicopática.

(6) **Pt Psicastenia.** - Es una escala para ver reacciones fóbicas y obsesiones convulsivas. Consta de 15 ítems. Presenta características psicastenias, termino ya no usado, introducido por Janet, puede manifestarse por depresión leve, preocupación excesiva, falta de confianza en sí mismo, incapacidad para concentrarse. Presentan excesivas dudas, gran variedad de temores, angustia e inseguridad. Generalmente se encuentran en esquizofrenia. Existe características de conductas fóbicas o conductas compulsivas.

(7) **Es Esquizofrenia.** -Tiene 20 ítems permite un 60% de los diagnósticos puros de esquizofrenia, es el grupo más difícil de evaluación de lo raro, extraño, poco usual y complejo.

Presentan características propias de esquizoide, incongruencia de afecto, poco interés por el medio. Aislamiento, emociones bizarras, no hay afecto y si lo hay son inapropiados, tienden a ser individualistas, negativistas; pueden mantener una adaptación social adecuada. En puntajes altos, estos pueden ser explosivos, dudan de su propio valor, dificultad para comunicarse y se caracterizan por inestables, hostiles, impulsivos, con aislamiento, con aislamiento e insatisfacción.

(8) **Ma Manía.** - Con 12 ítems, describe la personalidad hipomaniaca, permite el diagnostico de los estados de ánimo de las personas con características maníacas, depresivas o tipo maniaca.

El hipomaniaco es irritable, eufórico, muy activo, incansables, rápido de ideas y acciones, extrovertido, etc. Tiene fuga de ideas, es verborreico, se distrae con facilidad. Presenta tres grados:

Hipomanía. - El grado de manía es relativamente leve, puede ser enérgico, deseoso de realizar muchas labores, impulsivo.

Después de una conducta inadecuada presenta sentimientos de culpa y remordimiento.

Manía Aguda. - Presenta exaltación, muestra lenguaje y pensamiento acelerados, excitación motora, delirios de grandeza que expresa con ideas irreales de poder. Es amistoso y genial, pero a medida que se excita se vuelve más sarcástico, irritable, vulgar, agresivo y hasta violento. Ignora las consecuencias de su conducta.

Manía Delirante. - Se caracteriza por excitación furiosa, ríe y grita constantemente, su lenguaje está rápido que no se le comprende, presenta ideas de persecución y de grandeza, puede tener alucinaciones.

8.- TIPOS DE PERFILES

Después de la elaboración del perfil, tendremos una línea gruesa que atraviesa la medida $T=50$ y otras dos que caen en dos desviaciones estándar que es de 30 y 70. Esto nos indica que al caer en las líneas medias los perfiles son llamativos y si estos son mayores de 70 nos indica un cuadro clínico y psiquiátrico.

1. **Perfil de Evaluación Normal:** Son aquellas que se ubican en una puntuación de $T=50$ no son psiquiátricos.
2. **Perfil Bajo o Sumergido:** También considerado normal, se caracteriza por que su puntaje no excede de $T=40$ o 30.
3. **Perfil Límite.** - Está ubicado a no mayor de $T = 50$. Oscila entre 60 y 70, este no debe tener más de dos escalas elevadas.
4. **Perfil Elevado:** Tiene escala superior a la región del psicograma, principalmente si pasa $T = 80$ puede encontrar algunas escalas, superior y otras en la inferior.
5. **Perfil Flotante:** Son aquellas que superan a $T = 80$ en el caso $F = 60$, aquí se discute el perfil en la interpretación del instrumento, se considera elevado cuando existe tres o más escalas superiores a $T = 70$.
6. **Perfil Tipo punto:** Se observa solo cuando hay 1 ó 2 escalas predominantes donde se puede definir al paciente en forma específica, dando un diagnóstico clínicamente puro. Es muy raro ver este tipo de perfil, generalmente se presenta varias escalas elevadas.
7. **Perfil Triada Neurótica:** Hay una interrelación entre las escalas 1,2 y 3 que son más frecuentes, la 2, 3 y 1 se presentaron con menos frecuencia, pero la 2, 1 y 2,

3 y son las más observadas; en la combinación 1 y 3 son las más elevadas y son llamadas la “V de conversión” o “V psicósomática”.

8. **Perfil Tétrada Psicótica.** - Se encuentra en pacientes psicóticos en las escalas 6, 7 y 8, denominado Triada Psicótica. Mientras otros llaman así las escalas 6,8 y 9 tal como se encuentra en el lado derecho del perfil y la combinación de estas cuatro se llama Tétrada Psicótica.
9. **Perfil de curva Difásica.** - Es para referirse cuando existe una punta en la Triada Neurótica y otro en la Triada Psicótico, pero también se puede encontrar otra como 4 y 5.
10. **Perfil Punta Doble.** - O puntaje doble, esto se refiere a las escalas 4 y 9 con sus combinaciones 9 y 4. Denominados desorden del carácter.
11. **Perfil Sierra Dentada.** - Es una variable de la Tétrada Psicótica con las escalas 8 y 6 como puntaje máximo. El Perfil de la Triada Neurótica es más bajo con 4 y 2, encontrando las escalas predominantes 2, 4, 6 y 8, viendo al perfil de la impresión de los dientes de una sierra.
12. **Perfil Anticlinorium.**- Señala que las escalas del centro son más elevadas que los extremos. Predomina en el centro y es un perfil poco usual en la población clínica; pero se presenta con más frecuencia en grupos universitarios.

9. COMBINACIONES

Esta sirve como parte de la interpretación de cada escala y otros prefieren las combinaciones que se realizan tomando las escalas de puntuaciones más altas.

1.- Combinación 1-2 ó 2 – 1 .- Tenemos las versiones de Branthier, Hataway y Drake, Ottening; Todas indican molestias físicas, dolores de cabeza constantes, depresión, irritabilidad, desconfianza, preocupación por su edad, introversión, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, inseguridad para relacionarse con los demás.

2.- Combinación 1 –3 ó 3 –1 .- Poco se diferencia entre ellas. Representan combinaciones 3 --1 con problemas de cefaleas, dolores de espalda, de pecho, abdominales. Si se encuentra “V” conversión menos de 70 se puede hablar de sujetos sociables, pero ante el estrés muestran sintomatología somática, aunque

son sujetos que se sienten excesivamente normales. Esta se encuentra tanto en sujetos normales como psiquiátricos.

3.-Combinacion 1- 2 -3.- Ambos tienen que ser mayor de 70 en comparación con las otras escalas. Aquí encontramos sujetos con reacciones de ansiedad, depresión, anorexia, náuseas, vómitos, personas que no se han adaptado al medio ambiente.

4.-Combinacion 1 – 3 – 2.- Son características de personas nerviosas histéricas, pasivas, dependientes, conformistas; Ante el estrés desencadenan perturbaciones psicósomáticas.

5.-Combinaciones 1 – 3 – 7.- Características en caso de reacción ansiosa, de neurosis, mixtas, histeria de ansiedad, con reacciones fóbicas, ataque severo de pánico, incapaz de aceptar su propia agresividad y la de los otros. Presenta cuadro de angustia.

6.-Combinacion 1 – 3 – 8.- Cabe mencionar que se requiere de alguna regla establecida. Presenta características de tipo de reacción esquizofrénica, de tipo paranoide, compulsión, agitación, preocupación suicida. Tendencia al alcoholismo.

7.-Combinacion 1- 3 – 9.- Se refiere al síndrome crónico orgánico con desorden de la personalidad. Presenta cefaleas, hostilidad, irritabilidad, pérdida de apetito, perdida de la conciencia ante su familia, es poco afectivo, bajo alcohol se torna violento.

8.-Combinacion 1-2-3 y 4.- Característica en personas ansiosas, presenta alteraciones de la personalidad por alcoholismo, depresión y reacciones psicofisiológicas: Anorexia, náuseas, hostilidad, intentos suicida; son exigentes, dependientes y generalmente se sienten frustrados.

9.-Combinacion 1-2-3 y 7.- Corresponde a reacciones psicológicas con ansiedad en una persona pasiva dependiente, presenta náuseas, vómitos, angustias, malestar físico, fijación hipocondríaca. Es pasivo, débil, temeroso, poco responsable.

10.-Combinacion 2- 3.- Persona con dificultad en expresar sus sentimientos, inseguro, falta de interés por los demás; presenta fatiga y tiende a ser competitivo.

11.- Combinación 2- 7.- Se presenta en pacientes hospitalizados quienes presentan neurosis de compulsión, cansancio. Son inteligentes, inseguros y con sentimientos de culpa.

12.-Combinacion 2 – 8.- Es una escala poco común tanto en grupos psiquiátricos como normales, se evidencia ansiedad y agitación, depresión. Se encuentran desordenes de tipo histérico, son poco sociables. Es un cuadro psicótico – depresivo.

13.-Combinacion 2 – 3 – 1.- Es un grupo psiconeurotico con manifestaciones de depresión, insomnio, tristeza, necesidad de simpatía, tendencia hipocondríaca y de exagerada necesidad de afecto.

14.-Combinacion 2 – 7 – 4.-Característica en pacientes con reacción de ansiedad y alcoholismo en personalidad pasivo- agresivo. Puede ser una reacción depresiva en alcohólicos. Presentan conflictos con la esposa, insomnio, tensión, alcoholismo crónico, sentimientos de inferioridad y culpa.

15.- Combinación 2 – 7 – 8 .- Presentan rasgos depresivos, ideas de referencia, afecto inapropiado, dificultad de concentración, introversión, pérdida de interés. Incapaz de amar, tímido, callado, apático, etc.

16.- Combinación 3 –4 y 4 – 3.- Propensión a características pasivo -agresivas, la agresividad se ve disminuida por la elevación de la escala 3, es decir reduce y controla los impulsos hostiles. Puede no aparecer una agresividad manifiesta, pero si encubierta. Es por ello que la agresión de estas personas no es expresada. En 4 – 3 la reacción es con excitación ante situaciones frustradas.

17.- Combinación 4 – 9.- Conductas psicopáticas, la escala 9 activa la escala 4. Personas impulsivas, irresponsables, superficiales, manipulan su contexto social, fluidos de lenguaje, alegres, etc.

18.- Combinación 4 – 8 – 2 .- Presentan desconfianza, inseguridad, necesidad de atención, no se comprometen emocionalmente, de conductas impredecibles y tienden a racionalizar.

19.-Combinacion 6 – 4 ó 4 –6.- Personas evasivas, defensivas, manejan su ansiedad, egocéntricos, manipuladores, adictos a drogas, intentos suicidas.

20.-Combinacion 6 – 8 ó 8 – 6.- Perfil de pacientes esquizofrénicos y algunos con estados paranoides, algunos con cuadros depresivos, de apatía, irritabilidad y aislamiento social.

21.- Combinación 7 – 8 ó 8 – 7.-Integrado por psicóticos y neuróticos, del grupo neurótico es el tipo obsesivo convulsivo o depresivo. Implica depresión o introversión, apatía o aislamiento, son pesimistas, preocupación por el rol sexual.

22.-Combinacion 8 – 9.- Características tanto esquizofrénicas como maníacas. Presentan estado maníaco o reacción esquizofrénica, como excitación catatónica.

TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La personalidad puede ser descrita por su posición en unas escalas cada una de las cuales representa un rasgo.

Por otro lado, los trastornos de la personalidad son hábitos o patrones de conducta profundamente arraigados, que pueden ser reconocidos a una edad relativamente temprana. El decir que una persona desde hace mucho tiempo tiene una manera habitual de enfrentarse al mundo, no es, por supuesto, decir que ésta exhibe conducta psicopatológica. Pero en el individuo diagnosticado con un trastorno de la personalidad, estos patrones muestran rigidez que los hace contra - adaptativos. Esta persona lleva en sí el mismo modo de conducta en todas las circunstancias, y no es capaz de adaptarse a las demandas de los hechos externos. Esta rigidez con frecuencia lo lleva a comportarse de un modo que ocasiona auto frustración.

Es característico que la persona diagnosticada como aquella que padece un trastorno de personalidad, no se preocupe por su conducta, aun cuando esta pueda trastornar o afectar a aquellos que lo rodean. Esta persona generalmente considera que su conducta es una parte “natural” de su YO con el cual no se debe entrometer.

- **TRASTORNO PARANOIDE: Generalizada** desconfianza y sospecha de los otros de manera que sus motivos son interpretados como malévolos.
- **TRASTORNO ESQUIZOIDE: Patrón** generalizado de separación de expresión de emociones en situaciones interpersonales.

- **TRASTORNO ESQUIZOTIPICO:** Patrón generalizado de déficit sociales e interpersonales marcado por aguda incomodidad y reducida capacidad para mantener relaciones, así como por distorsiones perceptuales o cognitivas y excentricidades en la conducta.
- **TRASTORNO ANTISOCIAL:** Patrón generalizado de despreocupación y violación de los derechos de los otros.
- **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD:** Patrón generalizado de inestabilidad en relaciones interpersonales, auto imagen, afectos y control sobre los impulsos.
- **TRASTORNO HISTRIONICO:** Falta de emocionalidad y de búsqueda de atención exageradas.
- **TRASTORNO NARCISISTA:** Patrón generalizado de grandiosidad (en fantasía o en conducta), necesidad de admiración y falta de empatía.
- **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACION:** Patrón generalizado de inhibición social, sentimiento de inadecuación e hipersensibilidad a evaluaciones negativas.
- **TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO:** Patrón generalizado de preocupación con disciplina perfeccionismo, control mental e interpersonal, a costa de flexibilidad, apertura y eficiencia.

IPOS DE PERFILES	
Perfil de evaluación normal	Son aquellas que se ubican en una puntuación de T=50 no son psiquiátricos.
Perfil bajo o sumergido	También considerado normal, se caracteriza por que su puntaje no excede de T=40 o 30
Perfil limítrofe	Está ubicado no mayor de 50, oscila entre 60 y 70, esto no debe de tener más de dos escalas.
Perfil elevado	Tiene escala superior a la región del psicograma principalmente si pasa T=80 puede encontrar algunas escalas, superior y otras en la inferior.
Perfil flotante	Son aquellas que superan a T=80 en del caso F=60, aquí se discute el perfil en la interpretación del instrumento, se considera elevado cuando existe tres o mas escalas superiores a T=70.

PERFIL	
30 - 50	Bajo – tendencia
50 - 70	Media – normal
70 a más	Alto

PERFIL DE RASGO

130	
125	
120	
115	
110	
105	ALTO - RASGO
100	
95	
90	
85	
80	
75	
70	
<hr/>	
65	
60	
55	MEDIA- NORMAL
50	
<hr/>	
45	
40	
35	BAJO – TENDENCIA
30	
<hr/>	
25	
20	
15	
10	
5	