



ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Estrés postraumático y violencia de género en mujeres atendidas en la División Médico
Legal de Chimbote, 2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los servicios de la salud

AUTORA:

Br. SAQUINAULA SALGADO, Milagros Arlene (ORCID: 0000-0003-0699-3413)

ASESOR:

Dr. CASTILLO SAAVEDRA, Ericson Félix (ORCID: 0000-0002-9279-7189)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección en los servicios de salud

CHIMBOTE – PERÚ

2019

Dedicatoria

Dedicado a mi abuela materna, a mis padres,
hermanos e hijo Carlos Gabriel, que son mi motor
y motivo de superación profesional.

Milagros

Agradecimiento

En primer lugar, agradecer a mis padres que me dieron la vida, y me acompañaron y fortalecieron mis primeros pasos para forjar el camino hacia la superación constante.

En segundo lugar, agradecer de manera especial a mi abuela materna “mamita Magui”, que con sus enseñanzas logró encaminarnos por la senda del bien que, impartiéndonos sus conocimientos y experiencia de vida, nos permitió abrirnos un camino en esta sociedad en la que sobresale aquel que se lucha constantemente y se mantiene firme en lo que quiere pese a las adversidades.

En tercer lugar, agradecer a mis tíos maternos que, con su apoyo moral y económico, pude completar mis estudios secundarios, y universitarios con éxito, y del cual hoy me siento satisfecha de haberlos realizado y culminado, ya que me gusta la labor que hago y el papel que represento en la sociedad.

En cuarto lugar, agradecer a mis hermanos que, con su compañía y consejos, hicieron que este camino en la lucha por mi superación como ser humano y profesional, sea mucho más fácil.

En quinto lugar, agradecer a mis docentes de la facultad de medicina de la Habana- Cuba y a mis docentes de la escuela de postgrado de la maestría de Gestión en los servicios de la salud, por guiar mis pasos en mi formación académica de pre y post grado.

En sexto lugar, un agradecimiento especial al Maestro Ericson Félix Saavedra, por nuestro asesor en este proyecto de tesis, resolver todas nuestras dudas y de esta manera culminar con éxito nuestra formación de especialización.

En sétimo lugar, agradecer a el psicólogo, compañero de trabajo, Lic. Wilmer Farfán Cuba, por brindarme su apoyo profesional para el avance de mi proyecto de tesis.

Y, por último, pero no menos importante agradecer a mi hijo y mi pareja sentimental, por su apoyo moral y comprender el que no haya podido brindarles todo el tiempo que se merecen, por avocarme en mi superación profesional.

La Autora

Página del Jurado



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

El/La Bachiller **SAQUINAULA SALGADO, MILAGROS ARLENE**, para obtener el Grado Académico de Maestro/a en Gestión de los Servicios de la Salud, ha sustentado la tesis titulada:

Estrés postraumático y violencia de género en mujeres atendidas en la División Médico Legal de Chimbote, 2019.

El Jurado evaluador emitió el dictamen de: Aprobada por Unanimidad

Habiendo hecho las recomendaciones siguientes:

Redacción en prosa, revisar escala de medición, establecer dato numérico de significancia.

Chimbote, 11 de agosto del 2019

Hora: 12:55 pm

Apellidos, Nombres y firma de Presidente de Jurado

Dra. Mariana Karina Solano Campos

Apellidos, Nombres y firma de Secretario/a de Jurado

Mg. Beatriz Amparo Puentes Mendoza

Apellidos, Nombres y firma de Vocal de Jurado

Dr. Erickson Félix Castillo Saavedra

Declaratoria de Autenticidad

Yo, Milagros Arlene Saquinaula Salgado, estudiante de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Chimbote, declaro que el trabajo académico titulado “Estrés postraumático y violencia de género en mujeres atendidas en la División Médico Legal de Chimbote, 2019” presentado en 132 folios, para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes de acuerdo a lo establecido por las normas de elaboración de trabajo académico.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresadamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Chimbote, 09 de agosto 2019



Milagros Arlene Saquinaula Salgado

DNI N°43271550

Índice

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO	16
2.1. Tipo y diseño de investigación	16
2.2. Operacionalización de las variables	17
2.3. Población, muestra y muestreo	21
2.4. Técnicas e instrumentos, validez y confiabilidad	22
2.5. Procedimiento	27
2.6. Método de análisis de datos	27
2.7. Aspectos éticos	28
III. RESULTADOS	29
IV. DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38

REFERENCIAS	39
ANEXO 1: Matriz de consistencia	47
ANEXO 2: Instrumentos	48
ANEXO 3: Validez y confiabilidad	51
ANEXO 4: Base de datos	85
ANEXO 5: Autorización	101
ANEXO 6: Artículo científico	103

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1	Análisis del grado de violencia de género (VG) ocasionado por la pareja o ex pareja sentimental en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019	29
Tabla 2	Análisis de la presencia y severidad de los síntomas para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019	30
Tabla 3	Análisis de correlación entre las cuatro dimensiones de las VG y de cada una de las dimensiones de la variable VG con la variable TEPT, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019	31
Tabla 4	Análisis de correlación entre las tres dimensiones del TEPT y de cada una de las dimensiones del TEPT con la variable VG, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019	32
Tabla 5	Análisis de correlación entre la variable VG y variable TEPT, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019	33

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Fórmula de cálculo de tamaño de muestra finita	21
Figura 2. Fórmula de coeficiente de Kuder- Richarson.	24

RESUMEN

Esta investigación se efectuó en relación de la Violencia de Género (VG) y el Trastorno Estrés Postraumático (TEPT). La muestra que se tomó fue de 105 mujeres, de una población de 226 que fueron atendidas en la División de Medicina Legal II de Chimbote, durante el período de abril a junio del año 2019. Para calcular la relación de ambas variables tanto en la VG como en el TEPT, se tomaron dos cuestionarios; que son: el Cuestionario de medición de violencia de género en la relación de pareja que constó de 20 ítems y el Cuestionario sintomatológico del trastorno de estrés postraumático que constó de 16 ítems. En los resultados estadísticos la significancia fue menor de 0,05, lo que demostró una asociación significativa positiva entre la VG y el TEPT. A su vez, el estudio evidenció que existe entre ellas una correlación significativa y directamente proporcional. Es decir, a mayor grado de VG, mayor riesgo de TEPT en pacientes atendidas.

Palabras clave: Violencia de género, estrés postraumático, trastorno de estrés postraumático

ABSTRACT

This research was carried out in relation to Gender Violence (VG) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). The sample that was taken was 105 women, from a population of 226 who were treated in the Division of Legal Medicine II of Chimbote, during the period from April to June of the year 2019. To calculate the relationship of both variables both in the VG as in the PTSD, two questionnaires were taken; which are: The Gender Violence Measurement Questionnaire in the couple relationship that consisted of 20 items and the Symptomatological Questionnaire of PTSD that consisted of 16 items. In the statistical results the significance was <0.05 , which demonstrated a significant positive association between VG and PTSD. In turn, the study showed that there is a significant and directly proportional correlation between them. That is, the higher the degree of VG, the greater the risk of PTSD in patients treated.

Keywords: Gender violence, posttraumatic stress, posttraumatic stress disorder.

I. INTRODUCCIÓN

Para poder hablar sobre la violencia contra la mujer tenemos que saber que esto no es algo moderno, sino que data desde tiempos muy antiguos, y que tiene su base en la presencia de un sistema patriarcal que se ha mantenido en vigencia durante muchos años a lo largo de la historia y actualmente en muchos países se sigue manteniendo, sobre todo en el ámbito familiar y en aquellos países con una cultura en atraso, donde Walby en 1990 identifica al patriarcado como un sistema estructura social que consiste en la subordinación de las mujeres por los hombres, en que el hombre tiene dominio sobre la mujer, las oprimen y explotan (Hadi, 2017, p.297).

Este abuso de género, sobre todo dentro de la relación de pareja o expareja, puede traer consecuencias inmediatas y posteriores para la salud de la víctima, como riesgos físicos (lesiones y muerte), mentales (depresión, TEPT, consumo de alcohol), sexuales y reproductivos (VIH, ITS, embarazo no deseado, y abortos) hasta funcionamiento social deteriorado (Ogum et al., 2018)

Si nos sumergimos en la incidencia de casos a nivel mundial podemos decir que en un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se señala que un tercio de las mujeres de la población a nivel mundial han sufrido de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja sentimental (Marthur et al., 2018, p.2). Además, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC) en el 2014, dio un reporte, informando que, a nivel mundial, para el año 2012, casi la mitad (47%) de las 93,000 mujeres víctimas de homicidio, fueron asesinadas por su pareja íntima (Smith, 2016, p.344).

A nivel internacional, Ogum y col., (2018), nos brinda un reporte de un análisis reciente que realizó la OMS, la London School of Hygiene y Tropical Medicine, de algunos de los continentes más afectados con la experiencia de violencia en la pareja, donde Asia Sudoriental reportaría a un 37.7% de su población; Mediterráneo oriental un 37% y África 36,6%.

Además, Jaen et al. (2015, p. 2225), nos refiere que en otros estudios internacionales se han reportado prevalencias de violencia hacia las mujeres por parte de su pareja: en el

país de Asia, se reportan de 7.2 a 68% (Chandra et al., 2009; Jayasuriya et al., 2011; Zhan et al., 2011). En Europa, estas prevalencias fluctúan entre 10 y 35% (Rees et al., 2011; Stene et al., 2010; Zorrilla et al., 2009). Mientras que, en América Latina, en las encuestas poblacionales, refieren proporciones entre el 20 al 55% (Gómez, Murad y Calderón, 2013, Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú, 2013; Mathias et al., 2013; ONU, 2015).

En lo que respecta a nuestro país, en un estudio realizado por Agüero (2018) sobre la prevalencia de la violencia de pareja en el Perú, refiere que entre las fechas del 2003 y 2012, la mitad de las mujeres peruanas entre 15 y 49 años han sufrido algún acto de violencia por parte de su pareja, principalmente las mujeres migrantes quechua hablantes, pero que recientemente hablan castellano (p.3)

Ramos (2017, p.3.), nos refiere que en las estadísticas planteadas por la Policía Nacional del Perú (2010) se registraron 100,800 denuncias de mujeres por violencia de pareja y familiar en ese año, observándose un incremento de casos de más de 5, 505 al año, comparados con el 2009. Además, nos reveló que 90, 994 casos, que corresponde al 98,28%, la violencia contra la mujer tuvo su origen en un problema de violencia conyugal; con 33, 539 casos equivalentes a un 33,27%, que fueron provocados ya sea por el conviviente o por el esposo.

A nivel local se cuenta con los reportes del Instituto de Medicina Legal o División Médico Legal II de Chimbote, donde se atienden los casos de lesiones por violencia familiar contra la mujer y los integrantes del grupo familiar, abarcando los casos denunciados a nivel del distrito de Chimbote, Santa, Coishco, Samanco, Nepeña, Moro, San Jacinto, Pallasca y Conchucos. Por lo que el nivel de población que atiende supera los 100 000 habitantes.

Dentro de los índices de casos de VFL en el 2018 (755 casos) y primer trimestre del 2019 (374 casos), nos brinda un promedio de 226 casos esperados de mujeres atendidas por violencia familiar entre los 18 a 59 años de edad, para el segundo trimestre del 2019, siendo de este grupo de donde hemos tomado nuestra muestra para el estudio correlacional que se detallará más adelante.

De estos casos son pocas las peritadas que han recibido atención psiquiátrica por un especialista enviado de División Clínica Forense con sede en la ciudad de Lima y del cual no se tiene un reporte exacto ya que son casos aislados atendidos a solicitud del Fiscal encargado del caso de agresión, y que por referencias de los psicólogos de la División Médico Legal II de Chimbote, dicha atención se da únicamente a la mujer víctima de agresión que tiene antecedentes psiquiátricos. Además de realizar evaluaciones a los presuntos agresores, perpetradores de violencia contra la mujer (física, psicológica y sexual), y es que tratar solamente a la víctima no es suficiente, pues también tratar y hacer un seguimiento al maltratador puede ayudar a romper el ciclo de la violencia en la familia.

Es así que en un trabajo de investigación realizado en Bogotá nos dice que contar con perfiles tanto de víctimas como de victimarios es sumamente necesario para poder diseñar políticas efectivas para la prevención y atención de los casos de violencia (Vélez y Palacios, 2017, p. s/n)

Siendo que en caso de las situaciones crónicas o específicas de violencia de género pueden desencadenar o empeorar una enfermedad previa o un trastorno mental, ya que por la misma condición de tener una enfermedad mental en curso se puede devaluar o ignorar la prevalencia o influencia de la violencia sufrida, ya que en muchos casos esta realidad no es conocida por muchos de los profesionales de salud que cuidan a la paciente ni está documentado.

Es una realidad que las mujeres expuestas a la violencia de género tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales comunes como la depresión, trastornos de ansiedad, y trastornos de estrés postraumático (TEPT), y hacen un mayor uso de los servicios de salud que las no abusadas y en la mayoría de comunidades las mujeres afectadas por violencia de género tienden a recibir un apoyo de salud mental nulo o mínimo (Sijbrandij, Bryant, Schafer et al., 2016, p.2).

Actualmente vivimos en una sociedad que se encuentra sufriendo cambios de manera constante, tanto en la parte ambiental, laboral y familiar, de las que somos partícipe directa o indirectamente, como guerras, problemas económicos, inseguridad ciudadana (robos, secuestros), accidentes de tránsito, violencia familiar o de pareja, feminicidios, catástrofes naturales, etcétera, que pueden ser altamente estresantes y generar secuelas y marcas

emocionales que impactan el normal desarrollo psicológico de las personas que los sufren (Zegarra y Chino, 2019, p.22).

Según Kessler et al. (2017), refieren que recientemente, la Organización Mundial de la Salud desarrolló un estudio con la participación de más de 24 países, en el cual determinó que el 70.4% de los evaluados sufrían experiencias traumáticas a lo largo de su vida, con un riesgo y persistencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) de 77.7 años por persona de cada 100 sujetos (Zegarra y Chino, 2019, p.22).

Breslau et al. (1991); y Kessler et al. (1995), refieren que en EE.UU. se han encontrado cifras de prevalencia de vivencias de situaciones traumáticas que van entre un 39,1% y un 60% a lo largo de la vida (Carvajal, 2002).

Alani B. et al, (2013); y Elzinga B. et al, (2003), refieren que, en Perú, la prevalencia del TEPT se sitúa entre el 14.6 y el 48.4%, variando en función de los grupos evaluados (Zegarra y Chino, 2019, p.22).

Dentro de los posibles factores causales de TEPT según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)*, se enmarca: el participar en una guerra (como un soldado o como población civil), también ser víctima de violencia personal (agresión física, psicológica y sexual), ser víctima de ataques terroristas, haber sido secuestrado, torturado, haber sobrevivido a desastres naturales o eventos provocados por el hombre, haber participado en un accidente de tránsito o haber recibido un diagnóstico de una enfermedad terminal (Carvajal, 2002).

En una revisión sistemática de varias literaturas, que incluye 75 estudios publicados entre los años 2006 y 2012, se concluyó que la violencia ejercida por la pareja sentimental, está asociado al desarrollo del TEPT y otras patologías mentales, además de generar problemas en la salud física (Matos y Goncalves, 2019, p.37).

Es así que, nos enfocaremos en el estudio de la violencia de género como una de las causas desencadenantes del TEPT, ya que la violencia de género, particularmente la violencia hacia la pareja dentro de la una relación sentimental actual o posterior a ésta, constituye actualmente un grave problema que aqueja a muchas mujeres y que transgrede

sus derechos humanos fundamentales, además de influir de manera directa en la calidad de vida y en la salud mental de las mujeres que la padecen (Cobo et al., 2010).

Se realizaron algunos trabajos, que enmarcan la relación de la violencia hacia la mujer con el desarrollo de TEPT y otros trastornos mentales, mencionaremos algunos:

Jones, Hughes y Unterstaller en el 2001 realizaron un estudio de investigación con el objetivo de determinar la correlación de la violencia doméstica y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), donde se analizó además la eficacia de un tratamiento para los casos de TEPT, llegando a la conclusión de que los síntomas de las mujeres maltratadas son consistentes con los síntomas de TEPT, donde la intensidad, duración y percepción de la experiencia de agresión son factores significativos en la gravedad de los síntomas de TEPT, por lo que existe la necesidad de una mayor participación de la salud pública para la prevención, identificación y tratamiento médico de la violencia doméstica y el TEPT (p.99).

Silove, Backer, Mohsin et al. (2017), en un estudio que realizaron a nivel nacional con una muestra representativa de Australia, para evaluar las diferencias de género en una amplia gama de dominios de trauma, que incluyen la exposición a un trauma de por vida, la identificación de un índice de trauma y la probabilidad de desarrollar síntomas de TEPT. Los resultados de esto fue que los varones informaron más eventos traumáticos pero las mujeres informaron el doble de prevalencia de desarrollar síntomas de TEPT (mujeres 13.4% y hombre 6.3%). Además, las mujeres informaron un nivel tres veces mayor de exposición a la violencia de género (VG) y tenían siete veces más posibilidades de nominar la VG como el índice de trauma en comparación con los varones. Por lo que se concluyó que una exposición mayor de las mujeres a la VG contribuye a su vez a una mayor prevalencia de TEPT. Es así que proporcionar una intervención oportuna sanitaria en problemas psicológicos agudos después de un trauma puede ayudar a reducir las tasas de TEPT en las mujeres (p.1).

Dunn, Nishimi, Powers y Bradley (2016), realizaron un estudio en 2892 individuos de un hospital público urbano de la ciudad de Atlanta GA., sobre la exposición a traumas de por vida (incluida la edad y la primera exposición y frecuencia), donde se examinó el efecto de la edad en la primera exposición al trauma en los niveles de los síntomas de TEPT en el adulto. Es así que, en los resultados, las personas expuestas a traumas (maltrato

infantil, violencia interpersonal, violencia no interpersonal u otros) en diferentes etapas de sus vidas tuvieron síntomas depresivos y de TEPT más altos que aquellos que no estuvieron expuestos, además que los que se expusieron por primera vez al maltrato en la infancia tuvieron depresión y síntomas de TEPT que eran aproximadamente el doble de los expuesto en las etapas posteriores del desarrollo. Se concluyó entonces, que la exposición al trauma en diferentes etapas de la vida puede impactar de manera diferente los síntomas depresivos y de TEPT en la edad adulta (p.119).

Cobo, Muñoz, Martos et al. (2010), investigaron en una muestra hospitalaria de mujeres que han padecido de violencia de género (VG) emergente en la corporación sanitaria Parc Tauli y que visitan por cualquier otro motivo las consultas de salud mental, para determinar el grado de intervención de los profesionales. Los resultados arrojaron que de 218 mujeres que se atendieron, 53 de ellas recibían o habían recibido en algún momento atención especializada de salud mental y donde solo en el 51,1% de estas atenciones quedaba registrado la VG padecida. Por lo que se concluyó que la prevalencia de enfermedad psiquiátrica y/o psicológica es muy alta en el grupo de las q padecen VG, pero no siempre es documentada ni recibe el abordaje específico (p.62).

Morales, Montenegro, Pulido et al. (2011), realizaron un trabajo de investigación en 292 mujeres adultas con pareja de estrato socioeconómico bajo de Colombia. Se aplicaron las escalas de disfunción familiar, autoestima, trastornos mentales comunes, e índice de abuso a la pareja, físico y psicológico. Los resultados arrojaron que los trastornos mentales, la baja autoestima y la disfunción familiar se asociaron a abuso psicológico, y que la baja autoestima y los trastornos mentales comunes se asociaban a abuso físico. Por lo que se concluyó que es alta la frecuencia de maltrato conyugal en mujeres de estrato socioeconómico bajo en Bogotá; y que el trastorno mental común y la baja autoestima se asocian a abuso físico y psicológico (p. 271).

Vásquez (2007), realizó un trabajo de investigación en 64 mujeres que tenían diagnóstico de depresión y 36 mujeres que no tenían trastornos psiquiátricos, de un hospital Madre Obrera de Potosí, Bolivia, las cuales habían reportado exposición a violencia física y psicológica; con el objetivo de determinar la relación de violencia y depresión en ellas. De las que tenían diagnóstico de depresión 67,2% refirieron episodio de violencia en los últimos 12 meses (55,8% maltrato psicológico y 44,2% maltrato físico y

psicológico combinados). En los resultados se halló que la presencia de maltrato era significativamente menor en las no deprimidas, que las personas que ejercen el maltrato son mayoritariamente la pareja actual tanto en las deprimidas como en las no deprimidas y que la ideación suicida es más frecuente en las mujeres maltratadas. Por lo que se concluyó que la violencia es un factor de riesgo para la depresión en las mujeres.

Moller, Sondergaard y Helstrom (2017), realizaron un estudio de investigación para evaluar la aparición de inmovilidad tónica durante la violación y el posterior TEPT y depresión severa, por lo que, en un total de 298 mujeres atendidas por violación sexual en una clínica de Escandinavia, el 70% reportó una inmovilidad tónica significativa y el 48% reportó una inmovilidad extrema durante el asalto. Esto se asoció con el desarrollo de TEPT y de depresión severa a los 6 meses. Por lo que concluyeron que la inmovilidad tónica durante la violación es una reacción común asociada con el posterior TEPT y depresión severa (p.932).

Lassemo, Sandanger, Nygard, y Sorgaard (2016), realizaron un estudio de investigación, con el objetivo de evaluar la incidencia y la prevalencia de la exposición a eventos traumáticos y el TEPT, el efecto de los trastornos psiquiátricos anteriores al trauma en el riesgo de TEPT y el efecto del trauma en el riesgo de TEPT, todo estratificado por género. Los resultados fueron que la incidencia de TEPT fue de 88 mujeres y de 31 hombres por cada 100 000 hab. La prevalencia de TEPT, durante 12 meses y toda la vida fue de 1.7 % y 4.3% respectivamente, para las mujeres, y de 1% y 1.4% para los hombres, los factores psiquiátricos previos eran factores de riesgo para el TEPT, pero solo en mujeres. Por lo que concluyeron que los varones experimentaron menos TEPT que las mujeres, que los trastornos psiquiátricos preexistentes eran factores de riesgo para TEPT posterior en mujeres, por lo que los factores de prevención deben ser específicos por género (p.11).

Olaya, Alonso, Atwoli, Kessler, Vilagut y Haro (2015), realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la epidemiología del trauma y el TEPT en una muestra de la comunidad española, cuyos resultados fueron que la muerte inesperada de alguien cercano (36,4%) y la agresión sexual tuvo mayor riesgo condicional de TEPT (17,2%) y ser mujer se relacionó con un alto riesgo de TEPT después de experimentar un evento traumático (p.172).

Hauff, McComish y Chiodo (2016), realizaron un estudio de investigación cuyo objetivo era describir las relaciones entre el trauma acumulativo, el conflicto de pareja y el TEPT en mujeres afroamericanas después del parto, para lo cual participaron 150 mujeres afroamericanas, entre 18 y 45 años, que eran atendidas en las unidades de postparto de dos hospitales de Detroit. Se emplearon diversas escalas de evaluación, donde los participantes informaron al menos un evento traumático en su vida. Es así que los resultados dieron que el aumento del trauma acumulado, el aumento del conflicto entre parejas y el menor nivel de educación se relacionaron con tasas más altas síntomas de TEPT (p. 2372).

Molina (2019), realizó una revisión de 55 artículos producto de investigación bajo la técnica de análisis de contenido, sobre los factores de riesgo y consecuencias de la violencia de género en Colombia. Donde los resultados arrojaron que como factores de riesgo se encontraban el consumo de alcohol, las sustancias alucinógenas, desempleo, dificultades laborales, celos, conflictos de pareja, naturalización de la violencia e influencia de construcciones sociales en función del género, entre otros; y dentro de las consecuencias más nombradas fueron lesiones físicas, vergüenza, culpa, TEPT, aborto espontáneo, repetición del ciclo de violencia y muerte (p.15).

Méndez (2018), realizó una revisión sistemática de literatura de diferentes países, sobre las intervenciones psicológicas que han sido evaluadas en mujeres adultas víctimas de violencia sexual, donde la búsqueda de información se realizó de la base de datos PsycINFO, durante el periodo del 2007 al 2017, identificándose en el análisis de la información que el enfoque teórico con mayor sustento empírico es el cognitivo-conductual y el de exposición prolongada (43%), observándose que la terapia basada en estos enfoques disminuyeron los síntomas de trastornos psicológicos (TEPT, pánico, uso de sustancias alucinógenas, depresión), redujo las secuelas psicológicas de eventos traumáticos y promovió estrategias de afrontamiento de las víctimas (p.12).

Miracco, Rutzstein y Keegan (2015), realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la presencia de síntomas de TEPT y el afrontamiento de las mujeres maltratadas, para lo cual participaron 87 mujeres entre las edades de 19 a 69 años asistidas por esta problemática, encontrándose como resultado diversas asociaciones estadísticamente significativas entre las variables relativas al TEPT y la presencia de estrategias de afrontamiento, entre ellas la evitación cognitiva (p.181).

Para explicar el origen de la VG y el TEPT, se formularon teorías, algunas son:

Según Inchaurredo (2011), la mejor explicación sobre el origen de la VG, estaría enmarcada en tres teorías fundamentales; una de ellas fue la del aprendizaje social, que presenta a la violencia como una conducta que es aprendida por el individuo en interacción con su entorno, sobre todo a un modelo agresivo al que admira (familia, amistades y/o personajes simbólicos reales o imaginarios del ámbito público), pero que puede ser modificada mediante la educación o reeducación. La otra teoría sería la del apego, que intenta explicar la conducta violenta desde psicopatología evolutiva, donde los individuos que desarrollan un apego seguro tendrán más facilidad para relacionarse de manera más larga y realista, a diferencia de los que desarrollan un apego inseguro, que tendrán problemas de inestabilidad emocional, que en ciertas circunstancias lo puede llevar a la agresión; y por último la teoría del feminismo o teoría del “género”, la cual sugiere que la agresión está relacionada con las normas culturales y el rol tradicional asignado al varón y a la mujer, donde a la mujer se le da un rol débil y subordinada con relación al varón dentro de una sociedad patriarcal que ha regido durante mucho tiempo a lo largo de la historia (p.38).

Existen además otras teorías que tratan de explicar la tendencia de algunas mujeres de mantenerse en una relación violenta, que es la teoría de la indefensión o desesperanza aprendida, la cual tiene como base a tres situaciones permanentes que se han hecho presentes en la violencia de género, que son los episodios reiterados de agresión, el miedo a un fracaso en su respuesta y la renuncia a cambiar su situación conyugal; y la otra teoría que es la Walker o ciclo de la violencia, donde hay un incremento de la ansiedad y hostilidad, por acumulación de tensión en conflictos de pareja, por lo que Núñez y Carbajal (2004), describen dos situaciones presentes en este ciclo que es la explosión violenta por un lado, en la que el varón actúa todo el tiempo de manera violenta hacia la pareja, tanto en la forma física, psicológica, sexual y económica, sin que la mujer se atreva a buscar alternativas de solución por temor; y por otro lado plantean el arrepentimiento o “luna de miel”, en la que existe una manipulación afectiva por parte del agresor, mediante un falso arrepentimiento, ya que luego de un tiempo repite el ciclo de agresión (Ramos, 2017, p.14).

Este trastorno mental lleva implícito el estudio de dos conceptos fundamentales “estrés” y “trauma”, donde el estrés, que deriva del latín “stringere” que significa provocar tensión, fue introducido por Selye (1936) en el campo de la psicología, cuando describió como circunstancias ambientales adversas provocaban en las ratas de laboratorio determinados fenómenos fisiológicos. Es a partir de ello que se determinó que el estrés incluye la interacción de tres factores: el ambiente, la forma en que la persona percibe el entorno y la percepción que tiene de sus propios recursos para hacer frente a las demandas del ambiente; y bajo estos factores se determinaron tres enfoques teóricos principales: la teoría basada en la respuesta, formulada por Selye (1936), que hace referencia a las reacciones que el sujeto experimenta ante los estímulos adversos, que consiste en una serie de reacciones adaptativas, a nivel fisiológico y psicológico, pasando el organismo por una fase de alarma (reacción fisiológica de lucha ante la presencia de un agente nocivo), una fase de resistencia (el organismo comienza a adaptarse al estresor) y una fase de agotamiento (el organismo se agota física y psíquicamente produciéndose un daño que para algunos es irreversible). Otra de las teorías es la basada en el estímulo, la cual fue desarrollada por Holmes y Rahe (1967), la cual considera al estrés como un fenómeno externo al individuo, cuando ciertas condiciones ambientales generan cambios en el organismo y al sobrepasar el límite en estrés se convierte en intolerable y aparecen alteraciones fisiológicas y psicológicas, por lo que cuanto más cambio produzca una situación más estrés provocará en el individuo (es la que más se acerca a la idea popular de estrés); y por último la teoría basada en la interacción, que está representada por Lazarus y Folkman (1984), que centra su atención en la interacción entre el ambiente y la respuesta, destacando la evaluación cognitiva del individuo, por lo que Lazarus plantea una evaluación primaria (valora la amenaza, pérdida, desafío y beneficio), una evaluación secundaria (valora habilidades de afrontamiento, apoyo social y recursos materiales); y la reevaluación (permite que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas (Castro, 2011, p.41).

Otra teoría que condiciona el diagnóstico de TEPT es la existencia de un síntoma de reexperimentación: imágenes, pesadillas o flashbacks, los que según Brewin, Dalgleish y Joseph (1996), Ehlers y Clark (2000); y Foa y Meadows (1997), se deben a la manera como las memorias traumáticas fueron codificadas, organizadas y recuperadas en la memoria (Sanrandreu, 2014, p.20).

Según Carvajal (2011) se han incorporado desencadenantes para el TEPT, como los accidentes vehiculares y laborales, la violencia y la agresión doméstica, los asaltos con arma, o el hecho de enfrentar algunas experiencias médicas. Pero más allá de que la persona haya experimentado el evento traumático, también se ha incorporado como estresor el que un sujeto haya presenciado o incluso solo le hayan relatado una experiencia traumática, especialmente de alguien con quien haya un vínculo afectivo importante, para que este hecho actúe como facilitador del cuadro clínico (p.222), hechos que han sido incluidos en la última versión del DSM-V.

Dentro del enfoque teórico que explican la VG y el TEPT, tenemos:

Walby, Towers, Balderston et al. (2017), nos dicen que el concepto de “violencia” se extiende más allá de lo físico, para abarcar muchas formas de poder y daño, sumergiéndose en las nociones de “abuso” y “coerción” (p.4).

La OMS en el 2002, dividió a la violencia en tres categorías, según las características de los que cometen el acto de violencia: la autoinflingida, en la que el mismo individuo se violenta; la violencia interpersonal, en la que la violencia es impuesta por otro individuo o un pequeño número de individuos, donde se incluyen dos subcategorías que son la violencia familiar o de pareja y la violencia comunitaria; y finalmente la violencia colectiva, que es infringida por grupos más grandes, como contingentes organizados, tropas, organizaciones terroristas (Alarte, 2015, p.7).

Para Patró, Corbalán y Limiñana (2007), en el caso de la violencia hacia la mujer por su pareja, el impacto se incrementa por las siguientes características: porque la violencia consiste en una combinación de actos abusivos de tipo físico, psicológico y/o sexual, que suele tener un carácter progresivo y crónico, se produce de manera repetida e intermitente, ocurre dentro del propio hogar y por la persona con la cual se convive a diario (p.118).

Dentro de los tipos de violencia domestica contra la mujer por su pareja se consideran: la violencia psicológica o emocional: se considera como abuso verbal y no verbal, se incluye en este tipo de violencia el de aislar a la víctima para que no socialice con amigos ni familiares, el acoso y la humillación pública y privada. El otro tipo de violencia es la física: la cual involucra el contacto destinado a causar lesiones corporales, mediante golpes, empujones u otro tipo de contacto corporal, que generan dolor e

intimidación y que pueden generar la muerte de la agraviada; también está la violencia sexual: en la que se degrada y abusa de la víctima en relación con el acto sexual, lo cual en muchos casos soportan en silencio, rindiendo tributo a normas sociales que esta cree y la violencia económica: en la que el varón tiene el control sobre los recursos económicos y no le permite a la mujer acceder a ellos (Nelson y Olokungboye, 2018, p.2).

Ambriz, Zonana y Anzaldo, en el 2014, refirieron que las causas de este fenómeno son múltiples, detallando factores como problemas de la personalidad y de la dinámica interpersonal familiar, además de los niveles de pobreza y el estrés económico, también algunas normas culturales que dan soporte a la violencia de género o a la provocada por la desigualdad social. También nos refieren que hay factores que se relacionan con la violencia doméstica como son el abuso de alcohol, depresión, desordenes de personalidad, bajo nivel educativo, bajos ingresos, desempleo en la pareja, experiencia anterior de violencia y relaciones con parejas conflictivas (p.242).

Actualmente la violencia de genero sigue siendo una autentica desconocida para los profesionales de la salud, quienes consideran más como un problema social que sanitario, sin embargo, la contribución a la prevención, detección y tratamiento de la violencia en el sistema sanitario es importante para abrir vías alternativas de abordaje (Antunes, Montalván y Signorini, 2012, p. 114).

Este término engloba dos conceptos fundamentales: “Estrés” que proviene del latín “stringere”, que significa provocar tensión, término que se empezó a emplear ya desde el siglo XIV para referirse a experiencias negativas, luego en el siglo XVII se asoció a fenómenos físicos para describir el efecto de la fuerza en los objetos, pero fue a inicios del siglo XX cuando empezó a investigarse sus efectos en la salud, introduciéndose en el campo de la psicología, y desde el ámbito de la psicofisiología, Tsigos y Chrousos (2002), la definen como un estado que amenaza la homeostasis corporal. Luego en el 2007, Fernández la conceptualiza como “una serie de procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del individuo para poder satisfacerlas, y cuando el fracaso de lograrlas tiene consecuencias importantes percibidas por las personas” (Castro, 2011, p.41).

Con respecto al significado de “trauma” este proviene del griego y significa herida y se vincula directamente con los desastres, que pueden clasificarse como naturales (terremotos, inundaciones, etcétera), accidentales (incendios y accidentes de tránsito) o provocados por el hombre (violaciones, maltrato, torturas, asaltos, etcétera); y esto asociado al trauma psíquico, lo condiciona a la presencia de un evento traumático, el cual fue definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida, como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental, que afectará a la persona provocando miedo, terror y desesperanza (Carvajal, 2002).

Ahora ambos conceptos que son diferentes, para que se relacionen y se enmarquen dentro del TEPT, es necesario que la presencia del estrés sea de una intensidad que supere las capacidades de procesamiento del sistema nervioso del individuo, dando lugar a alteraciones en la parte interna del organismo (Castro, 2011, p.48).

Para Carvajal (2002), la serie de los Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), de la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en relación a los síntomas del TEPT, comenzó en 1952, y ha tenido variaciones en las categorías diagnósticas para este trastorno, siendo que en la DMS-III se incorporó la categoría de TEPT como tal estableciéndose criterios diagnósticos e identificó dos subtipos: el TEPT agudo y el crónico. Entre los criterios diagnósticos aparecieron las tres áreas sintomáticas que caracterizan al TEPT, que son el reexperimentar la vivencia del trauma, las conductas de evitación y el estado de híperalerta, ya en 1987, el DSM-III-R incorporó la duración de los síntomas, exigiendo que estos deberían durar al menos un mes, ya en la cuarta versión, DSM-IV en 1994, agregó un nuevo criterio, que los síntomas debían provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la actividad del individuo, además incluyó el diagnóstico del trastorno de estrés agudo (TEA).

De acuerdo a Rojas (2016), el TEPT puede iniciarse a cualquier edad y los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses de exposición al trauma, donde los síntomas del trastorno, la predominancia relativa de volver a experimentar el trauma, el comportamiento de evasión y los síntomas de activación pueden variar a lo largo del tiempo, por lo que la

duración, intensidad y proximidad de la exposición al evento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la probabilidad de presentar el trastorno, donde la sintomatología aceptada está basada en observaciones de los clínicos, teorías científicas y la investigación, que muestran que después de un evento traumático (categoría A), cuando los eventos angustiantes del evento persisten (categoría B), a pesar de los intentos de la persona por evitar recordatorios lo lleva a un agotamiento emocional (categoría C), lo que lo pone física y mentalmente al borde por no sentirse seguro (categoría D) (p.235).

Liberzon y Abelson (2016), explican que los criterios de DSM han ido cambiando a medida que las perspectivas clínicas y la comprensión científica han evolucionado, pero siguen siendo fenomenológicos en su núcleo, ya que aún no están cimentados en procesos biológicos y neurocircuitos del SNC, pero a pesar de esto siempre ha habido un acuerdo consistente sobre tres conjuntos de grupos de síntomas considerados característicos del TEPT que son el intrusivo, el evitativo y los núcleos hiperarousales, siendo estos últimos que se han adoptado en el DSM-V, pero agregándose otros criterios, el afecto negativo o comportamiento imprudente y trauma fuera de la experiencia humana habitual (p.14).

En este estudio de investigación nos planteamos el siguiente problema: ¿Existe relación entre la violencia de género (VG) ocasionados por la pareja o ex pareja sentimental, en las mujeres atendidas en la división médico legal II de Chimbote en el año 2019, con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT)?

El TEPT de acuerdo con los enfoques conceptuales presentados anteriormente constituye una patología psíquica asociada a factores traumáticos, que en la actualidad por estudios demostrados se sabe que es más frecuente su presencia en las mujeres, por ser estas las que tienen más dificultades para responder ante eventos traumáticos por diversas razones, y dentro de estos eventos traumáticos, que mayormente aqueja a las mujeres, es la VG, particularmente la violencia por parte de la pareja o expareja sentimental, por lo que actualmente constituye un problema sanitario importante que está siendo ampliamente estudiado por diversos autores a nivel mundial, pues los casos de violencia contra la mujer por su pareja ha ido incrementando durante los últimos años, y de la mano también ha incrementado la tasa de mortalidad de mujeres de 18 a 65 años por esta causa, donde solo en nuestro país ya son 94 los casos de feminicidio en este año y el 2018 la cifra llegó a 149 víctimas (fuente: américa noticias, 2019), con lo que podemos dar cuenta que si se sigue

ese ritmo de muertes por feminicidio superaremos considerablemente el número al del año pasado.

Es así que quisimos conocer si los casos de violencia de género en la relación de pareja, guardan relación con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, en las mujeres que han sido atendidas en la División Médico Legal II de Chimbote, para lo que se aplicará cuestionarios relacionados al tema y de esta manera con los resultados obtenidos poder tomar decisiones de intervención de estos casos.

Dicha intervención será de gran utilidad para las usuarias atendidas en la División Médico Legal II Santa, porque es importante, como profesionales de la salud y aún más como órgano de justicia, comenzar a tomar la iniciativa de realizar acciones dirigidas a ayudar a estas mujeres víctimas de violencia para que reciban una atención especializada, dándoles un diagnóstico y tratamiento oportuno que les permita superar los daños psíquicos que generan estos actos de violencia, y que dicho sea de paso son los que más tardan en curar, y de esta forma logren empoderarse y no permitir que sus victimarios sigan ejerciendo más dominio sobre ellas.

Por lo que se ha planteado como objetivo general: Determinar la relación entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático, en mujeres adultas evaluadas en la división médico legal II de Chimbote en el 2019; y como objetivos específicos: Identificar el grado de violencia de género (VG) en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019, identificar la presencia y severidad del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019, determinar la relación de las dimensiones de la VG con la variable TEPT en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019, y determinar la relación de cada una de las dimensiones de la variable TEPT con la variable VG en las mujeres adultas evaluadas en las DML II de Chimbote en el 2019.

Se plantea como hipótesis de investigación (Hi): existe relación entre las variables violencia de género y trastorno de estrés postraumático, en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019, y como hipótesis nula (Ho): no existe relación entre las variables violencia de género y trastorno de estrés postraumático, en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación: correlacional.

Correlacional, la cual a su vez fue de correlación simple, puesto que se quiso conocer la relación que existe entre dos variables que son claras y fáciles de poner en práctica (Casuas, 2015 p.10) dentro de un contexto para probar las hipótesis planteadas.

Diseño de la investigación:

En el presente estudio se utilizó un diseño descriptivo o también llamado no experimental, transversal y correlacional.

Descriptivo o no experimental, ya que no se manipularon ninguna de las variables para determinar el efecto de una sobre la otra, sino como su propio nombre indica el propósito fue describir las variables analizar interrelaciones.

Es Transversal puesto que la información se recogió en un solo momento y en un tiempo único.

Es correlacional, pues se buscó relacionar dos variables en un momento determinado.

2.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores o ítems	Escala de Medición
Violencia de género	La ONU define a la VG como cualquier acto o intención de producir un daño a la mujer tanto en las esferas física, psicológica y sexual, donde además se incluyen las amenazas de dichos actos, la coerción y la privación arbitraria de la libertad ya sea pública o privada (Blanco, Ruiz, García y Martín, 2004, p.182).	La violencia en la pareja, también denominada violencia doméstica o conyugal, es la agresión dentro de la relación de pareja, y se debe tener en cuenta la reiteración o habitualidad en los actos violentos, y el dominio del agresor para generar control y sometimiento de la víctima (Fernández, Herrero, Buitrago et al., 2003, p.425-426). La Escala de Violencia (EV), que consta de 19 ítems, para responder nunca, algunas veces, varias veces y muchas veces, permitió conocer	<p>Cueva y Julca, (2015, p.16), refiere que la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU), en el 2012, da ejemplos de los tipos de violencia:</p> <p>Violencia física (VF): se manifiesta por empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, jalones de cabello, quemaduras, envenenamientos, cortes, golpes con objetos, entre otros</p> <p>Violencia psicológica (VP): se manifiesta por amenazas, insultos, humillaciones, exigencia de obediencia, aislamiento social, uso de dinero como medio de chantaje o presión.</p>	<p>1) Recibió golpes de su pareja por celos.</p> <p>2) El problema económico en el hogar fue causa de agresión física por parte de su pareja.</p> <p>3) Su pareja la agredió físicamente después de denunciarlo.</p> <p>4) Durante la agresión su pareja la ha empujado.</p> <p>5) Durante la agresión su pareja le ha propinado puñetes y/o patadas.</p> <p>6) Durante la agresión su pareja la ha ahorcado.</p> <p>7) Durante la agresión su pareja le ha provocado quemaduras o cortes.</p> <p>8) Ha sufrido el desprecio y/o ha sido ignorada por su pareja.</p> <p>9) Su pareja la ha agredido mediante insultos y/o poniéndole sobrenombres.</p> <p>10) Su pareja la botó o la amenazó con botarla de su casa.</p>	Ordinal

		la severidad de los tipos de VG.		<p>11) Su pareja le ha amenazado y/o chantajeado.</p> <p>12) Su pareja la encerró con llave en la casa para que no pueda salir</p>	
			<p>Violencia sexual (VS): Se encuentran aquí los actos contra el pudor (tocamientos indebidos, hostigamiento, exhibicionismo), y la violación sexual propiamente dicha: coito vaginal, anal, bucal, introducción de los dedos u objetos dentro de las cavidades sexuales.</p>	<p>13) Su pareja la obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.</p> <p>14) Fue rechazada por pedir caricias a su pareja.</p> <p>15) La agredió físicamente antes, durante o después del acto sexual.</p>	
			<p>Violencia económica (VE), donde Rondón (2015), refiere que el Consejo General del Poder Judicial (2001) y el Consejo de Europa, consideraron que esta se manifiesta por la desigualdad en el acceso a los recursos compartidos, negar el acceso al dinero e impedir el acceso a un puesto de trabajo (p.118).</p>	<p>16) A veces no ha recibido dinero para la comida y para otros gastos de la familia.</p> <p>17) El esposo se fue de la casa abandonando a sus hijos.</p> <p>18) No recibió atención en caso de enfermedad o accidente de la familia.</p> <p>19) Su pareja se gasta el dinero en borracheras o fiestas.</p> <p>20) Vendió o regalo sus pertenencias (muebles, cosas de valor, etc.</p>	
Trastorno de estrés postraumático	Carbajal (2011) nos refiere que el TEPT	Rojas (2016) nos dice que además que el	Echeburúa, Amor, Sarasua et al., (2016, p.112); según el DSM-4 (1996) y DSM-5 (2013),	1) Ha sentido temor o miedo después de haber experimentado el evento traumático.	

	<p>es el paradigma de la enfermedad mental, pues requiere de la presencia de un hecho traumático en la vida de una persona para que se pueda desarrollar los síntomas propios del cuadro: fenómenos invasores, estado de hiperalerta y conductas de evitación (p. 221).</p>	<p>TEPT se puede desarrollar al experimentar o presenciar una amenaza para su vida o para la vida de otras personas sentimentalmente cercanas (p.233).</p> <p>Cuestionario de Experiencias traumáticas (TQ), la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), y la Entrevista de Trauma de Davidson (DTS), permitieron recolectar los ítems correspondientes con la sintomatología del TEPT, de acuerdo a los criterios del DSM.</p>	<p>tipifica el TEPT en núcleos:</p> <p>Factor afectivo (FA): dentro de este se consideró uno de los núcleos del TEPT, que son las alteraciones cognitivas/estados de ánimo negativo</p>	<p>2) Se ha sentido con ganas permanentes de llorar, por recordar el episodio traumático, aunque hace el intento por olvidarlo.</p> <p>3) Se ha sentido sin ganas de seguir viviendo, desanimada, sin interés en sus actividades.</p> <p>4) Ha sentido, o siente desesperación y sobresaltos con facilidad, después del evento traumático.</p>
			<p>Factor intelectual (FI):</p> <p>Dentro de este estaría el núcleo de evitación conductual/cognitiva.</p>	<p>5) Ha tenido problemas para concentrarse en el trabajo o en el estudio.</p>
			<p>Factor conductual (FC): Este factor abarca la activación y reactividad psicofisiológica.</p>	<p>6) Ha perdido el sueño o tenido pesadillas frecuentes.</p> <p>7) Duerme demasiado o no quiere levantarse para evitar el contacto con los demás.</p> <p>8) Disminuyó su apetito.</p> <p>9) Aumentó su apetito o come sin tener un control.</p> <p>10) Se fue o quiso irse lejos del hogar, sintiéndose ajena o con poco afecto a las personas con quien convive.</p> <p>11) Cambio de carácter (se volvió irritable).</p>

				<p>12) Sintió dolores de cabeza, espalda o en el pecho.</p> <p>13) Sufrió desmayos o pérdida de conocimiento en algún momento.</p> <p>14) Tuvo ganas de beber o fumar.</p> <p>15) Tomó fármacos (pastillas) para tratar de dormir u “olvidar” los problemas</p> <p>16) Descuidó su aspecto físico, vestimenta y aseo personal.</p>	
--	--	--	--	--	--

2.3. Población, muestra y muestreo:

Población:

La población que se estableció para el estudio fue de 226 mujeres que han sido atendidas por violencia familiar en la DML II de Chimbote, en los meses de abril a junio del año 2019.

Muestra: Figura 1. Fórmula de cálculo de tamaño de muestra finita

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

- n = tamaño de la muestra.
- N = Tamaño de la población.
- Z = parámetro estadístico que depende del nivel de confianza (95%) cuyo valor es 1.96.
- p = proporción (es la probabilidad que ocurra el evento estudiado), que para el caso es de 50%
- e = margen de error máximo aceptado, que es de 5%
- (1-p) = probabilidad que no ocurra el evento estudiado (50%).

Entonces para poder obtener el tamaño de la muestra objeto de estudio, se aplicó la fórmula de cálculo de tamaño de muestra finita (figura 1), considerando los siguientes estimadores estadísticos: nivel de confianza de 95% (Z=1.96), con un margen de error máximo esperado de 5% y con una probabilidad de que ocurra del 50%, y de que no ocurra será de 50%, lo que dio como resultado un total 143 mujeres que se debió tomar del total de la población.

Muestreo:

La presente investigación siguió un procedimiento de muestreo no probabilístico, ya que la selección de los elementos muestrales fue en base al criterio del investigador, seleccionados a su vez mediante procedimiento no aleatorio por conveniencia. Por lo cual el tamaño real de la muestra se midió teniendo en cuenta:

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 18 a 59 años de edad.
- Mujeres que hayan sido atendidas, al menos una vez, por violencia familiar en la DML II de Chimbote.

Criterios de exclusión:

- Mujeres atendidas por violencia familiar, específicamente violencia que no haya sido ocasionada su pareja o ex pareja sentimental, en la División Médico Legal II de Chimbote.
- No querer participar de manera voluntaria (no firmar el consentimiento informado).
- Cuestionarios en blanco o mal resueltos.

Donde con estos criterios establecidos, finalmente la muestra quedó en 105 mujeres, pues se retiraron del estudio un total de 38 mujeres: (25) que fueron atendidas por casos de violencia familiar ocasionados por otros miembros de la familia que no fue la pareja ni ex pareja sentimental, (8) que no quisieron participar voluntariamente pues consideraron sentirse expuestas al participar, y (5) que no respondieron adecuadamente el cuestionario pues dejaron preguntas sin contestar.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad:

Técnica: En la presente investigación se utilizó la técnica cuantitativa de encuesta, pues lo que se hizo fue la recolección de información mediante interrogantes a un número de personas.

Instrumento: Se utilizó el instrumento cuantitativo de cuestionario, para lo cual se tuvo en cuenta las recomendaciones establecidas por López y Sandoval (s.f.), sobre el uso de cuestionarios:

- a. Determinar el orden del cuestionario.
- b. Definir el tipo de lenguaje, el que tiene que ser claro.
- c. Definir un tiempo máximo de duración.
- d. Brindar las instrucciones adecuadas al participante.
- e. Preguntas cortas, neutras, no incluyendo temas difíciles.
- f. Excluir palabras que puedan estar cargadas de determinadas connotaciones.
- g. Cumplir con los requisitos de validación y confiabilidad. (p.6).

Se realizó un cuestionario para cada variable, realizándose una prueba piloto a 20 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, con la finalidad de identificar y eliminar los posibles problemas de elaboración de cuestionario, calculando además el tiempo necesario para poder responderlo.

Sobre la validez y confiabilidad del instrumento, estos se hicieron por cada variable:

Variable 1: Violencia de género (VG):

La elaboración de indicadores o ítems, fue mediante la selección de ítems de un instrumento que ha demostrado tener mucha utilidad para el estudio de la violencia del varón hacia la mujer en la relación de pareja, que es:

La Escala de Violencia (EV), Valdez et al., (2006, p.223) que constó de 27 ítems inicialmente y que fue construida por la autora con el objetivo de medir los niveles de severidad para cada tipo de violencia. Esta EV se compone de 4 subescalas para su evaluación, que miden a su vez, la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses (1=nunca, 2=alguna vez; 3=varias veces, 4=muchas veces), y consideró en un primer momento las cuatro dimensiones de la violencia: física, psicológica, sexual y económica, pero la violencia las dividió en violencia física propiamente dicha y violencia física severa, y la violencia sexual la unió con la económica en un mismo factor, por análisis factorial con rotación Viremax, pero luego del análisis de cargas factoriales, determinó retirar algunos ítems que estaban enmarcados en la violencia física y los dos ítems que abarcaban la violencia económica, por lo que quedó con un total de 19 ítems que tras un análisis de Alpha de Cronbach, el resultado fue de 0.99, lo que indica una consistencia interna muy alta para esta escala. Además, construyó el Índice de Severidad de la Violencia de Pareja (ISVP), con el cálculo de peso para cada ítem y la generación de la variable que mide la severidad para cada tipo de violencia; para luego concluir que, el corte a considerar para cada tipo de violencia fue:

- De cero a un valor por debajo de la media se consideró como “no caso”.
- Por arriba de la media se consideró como “caso de violencia”.
- Por arriba de la media más una desviación estándar, se consideró “violencia severa”.

Para este estudio se incluyó las cuatro dimensiones que consideró Valdez en su inicio, pues se hizo un estudio aparte que el de la violencia sexual, no se dividió la

violencia física en grados de severidad como un estudio independiente. Además, se modificaron algunas preguntas al contexto nacional, a pesar que el estudio de la EV e ISVP corresponde a un país latino. Es así que, el instrumento aplicado en este estudio constó de 20 ítems, divididos en cuatro dimensiones: la primera (violencia física) consta de 7 ítems; la segunda (violencia psicológica) de 5 ítems, la tercera (violencia sexual) de 3 ítems y la cuarta (violencia económica) de 5 ítems., cuyas respuestas fueron dicotómicas, con valores de 0 y 1, para análisis mucho más fácil y que pueda ser usado por otros investigadores que se interesen en el tema.

Heale y Twycross (2015, p.66), nos refieren que hay tres tipos de validez: de contenido, de constructo y de criterio.

Para la validez de contenido del instrumento empleado, se realizó la validación con el juicio de expertos, siendo el cuestionario evaluado por 5 expertos en temas de salud, todos con estudio de maestría, que laboran en diferentes instituciones de salud del Estado, con una experiencia no menor de 7 años en el ejercicio de su profesión, a los cuales previamente se les presentó una solicitud de asesoramiento, ya luego que se recogieron los datos, se realizó el análisis respectivo con el coeficiente de validación de Aiken, el cual puede obtener valores entre 0 y 1; y que según Ecurra en 1998, cuanto más el valor se acerque a 1, entonces tendrá mayor validez el contenido (García, 2018, d.11), considerándose a partir de 0.8 como ítem aceptado, siendo el resultado en esta evaluación de un coeficiente de 0.99, por lo que es válida.

Para la confiabilidad, después de aplicar la prueba piloto a 20 mujeres de la muestra en estudio, con las respuestas obtenidas de los 20 ítems, se procedió a realizar el análisis de confiabilidad usando el coeficiente de Kuder Richarson, el cual arrojó como resultados: una varianza de aciertos de 12.37 y una sumatoria de p x q de 3.87, que al aplicar la fórmula (figura 2) nos brinda una confiabilidad de 0.72 que según la escala de Vellis es respetable.

Figura 2. Fórmula de coeficiente de Kuder- Richarson.

$$K_r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p^* q}{St^2} \right]$$

- k = número de ítems del cuestionario
- p = proporción de aciertos por los encuestados
- $q = 1-p$
- St^2 = varianza de los aciertos

- Variable 2: Trastorno de Estrés postraumático (TEPT):

Para la elaboración de indicadores o ítems, se seleccionaron de tres instrumentos de diferentes autores, que ha demostrado mucha utilidad en el estudio de la sintomatología, diagnóstico y severidad del TEPT en individuos que han experimentado un evento traumático a lo largo de su vida, y que nos parece de mucha utilidad para este estudio, estos son:

Cuestionario de Experiencias traumáticas (TQ), creada por Davidson y col., (1990), es un instrumento utilizado de modo autoadministrado, con el fin de ser un instrumento de cribaje para el TEPT y no de diagnóstico. Consta de 18 ítems, que cuantifican la presencia de eventos estresantes a lo largo de la vida, la edad en que fueron experimentadas y su duración, otros 9 ítems, relacionados con las características relacionadas al evento que la persona pueda haber experimentado y que considera el más traumático, y otros 18 acerca de los síntomas del TEPT asociados a dicho evento, siendo estos últimos los que se evaluaron, donde para cada pregunta la respuesta fue dicotómica, con puntaje de 0 y 1, siendo el valor mínimo 0 que significa ausencia de síntomas de TEPT y el valor máximo fue 18 que significa el máximo grado de gravedad de los síntomas de TEPT. Esta escala solo ha demostrado tener adecuada validez (Bobes et al., 2000, p. 209).

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), de Echeburúa y col., (2016), que es un instrumento heteroaplicado, estructurado en formato Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 21 ítems en correspondencia con 5 de los 8 criterios diagnósticos del DSM-5: (a) existencia de un trauma grave, (b) reexperimentación del estrés, (c) distanciamiento emocional, (d) estados de ánimo negativos, (e) estado de alerta y reactividad (Morrison, 2014, p.225), por lo que el rango de escala global para este instrumento es de 0 a 63 puntos. La evaluación de la parte clínica es de forma binaria por cada ítem, donde 0 y 1 significa ausencia de síntomas, ya que el valor 1 no se toma en cuenta por representar la sintomatología leve; y 2 y 3 significa presencia de síntomas. Escala que ha demostrado buenas propiedades

psicosométricas, con un Alpha de Cronbach de 0.91 (Echeburúa et al., 2016, p. 114 y p. 124).

Entrevista de Trauma de Davidson (DTS), elaborado por Davidson et al., (1997), instrumento concebido para ser autoadministrado, que evalúa la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT. Consta de 17 ítems agrupados en categorías de acuerdo a los criterios B, C y D de DSM-IV para este trastorno, cada ítem se contesta de 0 a 4 (escala Likert de 5 puntos), para medir frecuencia y medir gravedad, generándose dos puntuaciones para una de las subescalas, lo que en el aspecto global las puntuaciones van de 0 a 68 puntos, donde 0 representa un grado de frecuencia y gravedad de síntomas de TEPT nulo y 68 representa el máximo grado de frecuencia y gravedad de síntomas de TEPT. Esta escala ha demostrado tener adecuada validez y fiabilidad, con sensibilidad al ámbito clínico (Bobes et al., 2000, p. 209 y Villafañe et al., 2003, p.85).

Para este estudio se incluyó cierto número de ítems de los tres instrumentos, que a su vez fueron parcialmente modificadas, adaptándolas al contexto cultural de la zona, para un mejor entendimiento de las participantes y un mejor estudio del investigador. Se tomó los ítems 1, 5, 6, 16, 17, 7 y 8 de los 18 ítems del TQ; los ítems 17, 19, 12 y 14 de los 21 ítems del EGS-R, y los ítems 1 y 6 del DTS, de los cuales algunos se desglosaron para sacar dos preguntas, por lo que el cuestionario final empleado en esta investigación quedó dividida en tres dimensiones, donde en la primera dimensión (factores afectivos) se realizaron 4 ítems, para la segunda dimensión (factor intelectual) se realizó 1 ítem, y para la tercera dimensión (factores conductuales) se realizaron 11 ítems, para un total de 16 ítems para toda la variable.

La validez de contenido, se hizo mediante el juicio de expertos, con los mismos jueces ya explicados en la variable 1 (p.24), aplicándose para el análisis el coeficiente de validación de Aiken, donde se obtuvo un resultado de 0.99, por lo que es válido.

En cuanto a la confiabilidad, luego de haber realizado el estudio piloto, se utilizó el programa Excel para vaciar las respuestas de los 16 ítems que dieron las 20 participantes, luego se realizó el análisis de fiabilidad usando el coeficiente de Kuder Richardson, por ser un cuestionario dicotómico, dándonos como resultados: una varianza de aciertos de 8.48, una sumatoria $p \times q$ de 2.73, por lo que al aplicar la fórmula del coeficiente (figura 2), nos

arrojó un valor de 0.72, que de acuerdo a la confiabilidad según la escala de Vellis se considera como respetable.

2.5. Procedimientos:

Para la recolección de datos, ya teniendo los instrumentos validados y con una confiabilidad respetable, se procedió a captar a las peritadas que ingresan al consultorio del médico legista o al consultorio de psicología de la DML II de Chimbote, para ser evaluadas por violencia familiar, específicamente violencia por parte de su pareja o expareja sentimental, esta captación se hizo durante los meses de abril, mayo y junio del presente año, en días indistintos y en diferentes horarios.

Se le explicó a cada participante sobre el tema y objetivos de la investigación y se les pidió su consentimiento para poder participar en este estudio. Luego que aceptaran, se les brindó dos cuestionarios: un primero titulado Cuestionario de medición de la violencia de género (CMVG), que busca identificar el grado de severidad de la VG en mujeres que han sido violentadas por su pareja o ex pareja sentimental; y un segundo cuestionario titulado Cuestionario sintomatológico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) que busca identificar la presencia o ausencia de síntomas que condicionen a padecer de TEPT en éstas mismas participantes que fueron violentadas.

Se estableció un tiempo de 10 minutos para el desarrollo de cada cuestionario.

2.6. Método de análisis de datos:

Para analizar los datos recogidos, después de la aplicación de los cuestionarios a la muestra objetivo, se procedió a ingresar las respuestas dicotómicas en una base de datos en formato Excel para obtener los grados de severidad de la VG y la severidad de los síntomas del TEPT, y luego en formato SPSS versión 25 se buscó la frecuencia de mujeres con los tres niveles de severidad establecidos para cada variable. Posterior a esto, se procedió a ingresar los mismos datos en el programa de SPSS versión 25, para que, a través de un estudio de correlación entre las dos variables estudiadas, usando el coeficiente de correlación de Pearson, se pueda determinar el nivel de correlación, objetivo de nuestro estudio.

Los datos analizados en el programa SPSS se representan mediante cuadros estadísticos (anexos), donde se especifican los datos en frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar según los objetivos, con el propósito de hacerlos comprensibles.

2.7. Aspectos éticos:

El presente estudio de investigación se rigió por los requisitos éticos de la investigación clínica, ya que la investigación que se está realizando busca ayudar en el mejor manejo médico especializado a mujeres que sufren violencia de género, para lo cual la metodología aplicada ha sido validada y aceptada por un grupo de expertos, además que la selección de las participantes se hizo teniendo en cuenta los parámetros principales para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, incluyendo a aquellas personas que cumplieran con los criterios de inclusión y que desearon participar de manera voluntaria (firmando un consentimiento informado), pues para ello se les brindó información sobre el tema y los objetivos del estudio, además se tuvo en cuenta que todos los datos brindados por las evaluadas son confidenciales.

III. RESULTADOS

Tabla 1

Identificación del grado de violencia de género (VG) ocasionado por la pareja o ex pareja sentimental en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

NIVEL	VIOLENCIA DE GÉNERO	
	f	%
CASO VIOLENCIA	59	56,2
VIOLENCIA NO SEVERA	21	20,0
VIOLENCIA SEVERA	25	23,8
TOTAL	105	100,0

Para el estudio del nivel de VG, en las mujeres atendidas en la DML II de Chimbote, los valores para calcular los grados de severidad se siguió la Escala de violencia e índice de severidad, propuesta por Valdez et al., (2006, p.228).

Para un mejor entendimiento los nombres de los niveles fueron variados, ya que Valdez et al., califica a los casos de violencia leve como “no caso” haría pensar que no hubo violencia, por lo que se usó el término “caso violencia”, que correspondería con los casos de violencia de género leves.

Es así que podemos ver en la tabla 1, luego de realizar el análisis de frecuencia con el programa de SPSS versión 25, que la mayor frecuencia de casos fue de CASO VIOLENCIA, en relación al total de la muestra, lo que es interpretado como la presencia de violencia por debajo de aquellos casos no severos, ósea son mujeres que han experimentado uno o dos indicadores por cada dimensión de la variable VG, pero hay un 23, 8 % de casos considerados VIOLENCIA SEVERA dentro de la muestra evaluada, que nos dice que presentaron más de la mitad de los indicadores evaluados.

Tabla 2.

Identificación de la presencia y severidad de los síntomas para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

NIVEL	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	
	f	%
Síntomas no tept	65	61,9
Síntomas tept no severo	25	23,8
Síntomas tept severo	15	14,3
Total	105	100,0

Para el estudio del nivel de TEPT en las mujeres atendidas en la DML II de Chimbote, se tomó la misma escala que para la variable VG, ya que, dentro de los tres instrumentos, ya descritos (p.28), utilizados para generar el nuevo instrumento de evaluación para esta investigación, no establecen un criterio único para evaluar la severidad de los síntomas para un diagnóstico de TEPT.

Partiendo entonces las diversas escalas de evaluación, hemos tratado de buscar un punto de corte que se aproxime a cada una de ellas, por lo que se ha visto por conveniente en este estudio, para la evaluación de esta variable, considerar las puntuaciones por debajo de la media (0 a 7) como presencia de síntomas pero que no aportan al diagnóstico de TEPT, las puntuaciones a partir de la media y por debajo de “arriba de la media más una desviación estándar” (8 a 9) como síntomas no severos que aportan al diagnóstico de TEPT; y las puntuaciones por arriba de la media más una desviación estándar (10 a 16) como síntomas severos que aportan al diagnóstico de TEPT.

Por tanto, en la tabla 2 podemos ver, luego de realizar el análisis utilizando el programa SPSS versión 25, que el mayor nivel de frecuencia fue de los casos que presentan SÍNTOMAS NO TEPT, pero un 40 % del total presentó síntomas que pudieron orientarnos a un diagnóstico de TEPT, con 15 casos de mayor gravedad.

Tabla 3.

Análisis de correlación entre las cuatro dimensiones de la VG y de cada una de las dimensiones con la variable TEPT, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

Correlación de Pearson	1	2	3	4	5
VIOLENCIA FÍSICA (VF)					
VIOLENCIA PSICOLÓGICA (VP)	,440**				
Sig. (bilateral)	,000				
VIOLENCIA SEXUAL (VS)	,340**	,351**			
Sig. (bilateral)	,000	,000			
VIOLENCIA ECONÓMICA (VE)	,408**	,321**	,232*		
Sig. (bilateral)	,000	,001	,017		
TEPT	,360**	,494**	,300**	,222*	
Sig. (bilateral)	,000	,000	,002	,023	

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

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 3 podemos observar que, mediante análisis de correlación de Pearson, del programa SPSS versión 25, para determinar la correlación entre las cuatro dimensiones de la variable VG y de cada una de las dimensiones con la variable TEPT, que:

- Existe una significancia $< 0,01$ entre la VP y la VF (moderada correlación), la VS y la VF (escasa correlación), la VS y la VP (escasa correlación), la VE y la VF (moderada correlación), la VE y la VP (escasa correlación), el TEPT y la VF (escasa correlación), el TEPT y la VP (moderada correlación), y el TEPT y la VS (escasa correlación), por lo tanto, existe una relación muy significativa entre cada uno de los grupos analizados.

- Existe una significancia $< 0,05$ entre la VE y la VS (escasa correlación), y el TEPT y la VE (escasa correlación), por lo tanto, existe relación significativa entre los grupos analizados.

Tabla 4.

Análisis de correlación entre las tres dimensiones del TEPT y de cada una de las dimensiones con la variable VG, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

Correlación de Pearson	1	2	3	4
FACTORES AFECTIVOS (FA)				
FACTOR INTELECTUAL (FI)	,107			
Sig. (bilateral)	,279			
FACTORES CONDUCTUALES (FC)	,557**	,337**		
Sig. (bilateral)	,000	,000		
VG	,423**	,070	,434**	
Sig. (bilateral)	,000	,476	,000	

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

En la tabla 4, podemos observar que, mediante análisis de correlación de Pearson, del programa SPSS versión 25, para determinar la correlación entre las 3 dimensiones de la variable TEPT, y de cada dimensión con la variable VG, que:

- Existe una significancia $<0,01$ entre el FC y el FA (moderada correlación), el FC y el FI (escasa correlación), la VG y el FA (moderada correlación), y la VG y el FC (moderada correlación), por lo tanto, existe una relación muy significativa entre los grupos analizados.

- Existe una significancia $>0,05$ entre el FI y el FA (ínfima correlación), y la VG y el FI (ínfima correlación), por lo tanto, no existe relación entre los grupos analizados.

Tabla 5.

Análisis de correlación entre la variable VG y variable TEPT, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

Correlación de Pearson	1	2
TEPT		
VG	,413**	
Sig. (bilateral)	,000	

**La

correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 5 podemos observar que, mediante análisis de correlación de Pearson, del programa SPSS versión 25, para determinar la correlación entre la variable VG y la variable TEPT, que:

- Existe significancia $<0,01$ entre el TEPT y la VG (moderada correlación), por lo tanto, existe relación muy significativa entre ambas variables analizadas.

IV. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio de investigación, y habiendo realizado una comparación con los resultados encontrados en otros estudios relacionados, se puede señalar que:

De la muestra total en este estudio, un 23,8%, de acuerdo al análisis realizado mediante los programas estadísticos, presentan un cuadro de violencia severa, esto se interpretaría a que son mujeres que han referido tener más de la mitad de los indicadores planteados en el cuestionario y haber experimentado más de dos tipos de violencia, de las cuatro que se tomó para el estudio.

Dentro de la muestra encuestada un 40% de ellas presentaron síntomas significativos que nos puede orientar a la presencia de un TEPT, donde el 15% tiene mucha más probabilidad por la severidad de los síntomas, por lo que debemos decir que son mujeres que han referido más afectación en dos o más de los factores o dimensiones de estudio.

La VF y la VP presentan una relación muy significativa, ya que son dos de los tipos de violencia, que según Morales, Montenegro y Pulido (2011), luego de un estudio sobre los dos tipos de violencia concluyen que, son las que generan mayores trastornos mentales comunes y baja autoestima en las mujeres que lo padecen. Además, en un estudio realizado por Vásquez en el 2007 con el objetivo de buscar la relación existente entre violencia en la pareja y depresión en mujeres, obtuvo que un porcentaje considerable de estas mujeres, refirió violencia psicológica y física a la vez.

El TEPT y la VP presentan una significativa relación, y esto concuerda con la investigación realizada por Olaya, Alonso, Atwoli, Kessler, Vilagut y Haro (2015), que encontraron que la muerte inesperada de alguien cercano, que constituiría una afectación psicológica que podría desencadenar un TEPT, consignado dentro de DSM-5 en su categoría A y la agresión sexual en menor porcentaje, que contribuirían de manera significativa a la carga social de TEPT, que concuerda también por lo planteado por Carvajal, 2011, que determinó mediante su investigación que más allá que una persona haya experimentado un evento traumático, constituye como un estresor el que un sujeto haya presenciado o incluso solo le hayan relatado una experiencia traumática, especialmente de alguien con quien haya un vínculo afectivo importante, para que este hecho actúe como facilitador del TEPT.

Hay una relación muy significativa del FA y el FC, que se interpreta como una relación directamente proporcional entre ambas dimensiones, lo que implicaría que, al aumentar la sintomatología a nivel afectivo emocional, aumenta también la sintomatología a nivel conductual o reactiva, lo que llevaría a una mayor predisposición de la mujer expuesta al trauma, a desarrollar TEPT, y esto es fundamentado en la teoría formulada por Selye en 1936, que explica que cuando la persona experimenta un estímulo adverso o experiencia traumática, el organismo presenta una serie de reacciones adaptativas, a nivel fisiológico y psicológico: fase de alarma, de resistencia y de agotamiento (el organismo se agota física y psíquicamente produciéndose un daño que para algunos es irreversible).

En este trabajo de investigación también se pudo encontrar una relación significativa entre la presencia de VG con la presencia de sintomatología a nivel del FA, lo que significa que, a mayor grado de violencia contra la mujer, hay mayor presencia de sintomatología en campo afectivo-emocional, y aunque en menor grado, pero también hubo aumento de la sintomatología en el nivel conductual o de reacción fisiológica. Lo que al igual que lo anterior estaría muy relacionado con la teoría planteada por Selye sobre el origen del TEPT, además con la teoría es la basada en el estímulo, desarrollada por Holmes y Rahe en 1967, la cual considera que cuando ciertas condiciones ambientales generan cambios en el organismos y estos sobrepasar el límite, el estrés se convierte en intolerable y aparecen alteraciones fisiológicas y psicológicas.

Otra cosa que se pudo determinar mediante el análisis de correlación es que el FI para nada se relaciona con el FA, ni tiene relación alguna con la VG experimentada por estas mujeres en su relación de pareja o expareja sentimental, para los casos estudiados en esta investigación, lo que significaría que la gran mayoría de las encuestadas no refirieron sintomatología significativa a nivel intelectual luego de haber sido violentadas, contrario a lo que manifestaron a nivel emocional, y esto se reafirma con las teoría de Selye y de Holmes y Rahe, que plantean las alteraciones físicas y psicológicas, más no las cognitivas como el origen del TEPT.

Luego de ver que existe una relación muy significativa entre más de la mitad de las dimensiones dentro de una misma variable y también una relación muy significativa entre algunas de las dimensiones de la VG con el TEPT y viceversa, se procedió a realizar el análisis para determinar la correlación entre ambas variables, obteniéndose el resultado esperado, pues se encontró una relación muy significativa entre ellas, siendo a su vez una

relación directamente proporcional, lo que se interpretó que a mayor nivel de violencia de género, mayores son los síntomas que nos orientan al diagnóstico del TEPT en este grupo de mujeres encuestadas.

Estos resultados han sido obtenidos también por otros investigadores, como Jones, Hughes y Unterstaller en el 2001, al determinar que los síntomas de las mujeres maltratadas que entrevistaron eran compatibles con el desarrollo del TEPT, también Silove, Backer, Mohsin y col., en el 2017, en el estudio que hicieron concluyeron que una mayor exposición de las mujeres a sufrir VG contribuye a que exista una mayor prevalencia de TEPT.

V. CONCLUSIONES

Para concluir podemos decir:

Primera: Se encontró relación muy significativa entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático en las mujeres adultas atendidas en la DML II de Chimbote, en los periodos de abril a junio del año 2019, que a su vez fue directamente proporcional, lo que se significa que a mayor exposición a la VG mayor será la probabilidad de que presenten TEPT.

Segunda: Se encontró que un 59% de los casos presentan un grado de violencia leve, pero un número significativo igual presentan un grado de severidad de violencia preocupante, y cuyo origen proviene de la persona con la cual conviven o convivieron alguna vez, y con el cual probablemente tiene algún hijo, lo que lo hace aún más preocupante.

Tercera: Se determinó que un 40% de las mujeres, dentro de las que se encuentran las que han presentado un grado de severidad alto de violencia de género, han desarrollado un importante grupo de síntomas que incrementan la severidad del cuadro con mayor probabilidad de desarrollar un TEPT.

Cuarta: También se ha encontrado que, de los dos tipos de violencia más reportados por las encuestadas, es la violencia psicológica la que más determinaría la severidad de los síntomas que pueden conducir al TEPT en estas mujeres violentas.

Quinta: Se determinó que existe una relación significativa entre el factor afectivo con la violencia de género, ya que muchas de las encuestadas refirieron mayor afectación a nivel afectiva-emocional después de haber experimentado la violencia por parte de su pareja o expareja sentimental.

VI. RECOMENDACIONES

Primera: Luego de conocer las cifras encontradas en este estudio sobre la severidad de la violencia género y probabilidad de estos casos de desarrollar un TEPT, es necesario que dentro de la DML II de Chimbote, se cuente con un equipo multidisciplinario, conformado por el médico, psicólogo y psiquiatra (con el cual no contamos actualmente en la DML II de Chimbote), para un mejor abordaje de estos casos, ya que aunque en nuestra institución solo se aborde los casos desde el ámbito legal, sería sumamente importante poder evaluar todos los casos de violencia de manera integral y poder realizar un buen diagnóstico de aquellos casos que presentan patologías psiquiátricas, para así derivarlos a un centro especializado asistencial, con el fin de que le den el tratamiento más conveniente y hagan un seguimiento adecuado, con esto ayudaríamos considerablemente a que estas mujeres puedan recibir el tratamiento idóneo que le permita superar estos trastornos, reconozcan sus causas y logren vencer sus debilidades, para de esta manera romper el círculo vicioso de la violencia a la que muchas de ellas se ven sometidas en repetidas ocasiones, durante largo tiempo, sin darse cuenta que por el trastorno mental (baja autoestima, TEPT, depresión, etcétera) que presentan, permiten por mucho tiempo la violencia por parte de personas que ellas erróneamente piensan que las aman, incluso con el riesgo permanente de perder la vida.

Segunda: Esta investigación constituye un pequeño paso para que puedan abrirse nuevas investigaciones, mucho más profundas, sobre estos y otros temas relacionados a la violencia de género y la presencia de trastornos mentales tanto en las víctimas como en los agresores, de esta manera poder buscar una solución a este mal social que cada día cobra más vidas en nuestro país, mujeres que mueren a manos de hombres con los que compartieron todas sus ilusiones, alegrías, tristezas, etcétera, dejando en muchos de los casos hijos en el completo abandono, expuestos a poder sufrir también maltratos de diferentes tipos y que probablemente en su vida adulta también se conviertan en maltratadores o maltratados.

REFERENCIAS

- Agüero M., A. (2018). Prevalence of Violence against Women among Different Ethnic Groups in Peru. Banco Interamericano de Desarrollo. Perú. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/en/publication/prevalence-violence-against-women-among-different-ethnic-groups-peru>
- Alarte J. (2015). Impacto Médico-Legal de las asistencias por Violencia Doméstica en un Servicio de Urgencias Hospitalario (Tesis de doctorado). Recuperado de: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47539>
- Ambriz M., Zonana A., y Anzaldo M. (2014). Factores Asociados a violencia doméstica en mujeres mexicanas vistas en el primer nivel de atención. *Semenger*, vol.41 (5). México. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2014.07.004>
- Antunes M., Montalván F. y Signorini H. (2012). Discurso sobre violencia hacia la mujer en un foro virtual: presencias del marco de género, *Elsevier*, vol. 27 (2). España. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.003>
- Blanco P., Ruiz C., García L. y Martín M. (2004). La Violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, vol. 18 (1). España. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13062524>
- Bobes J. Calcedo A., García M., Francois M., Rico F., González M., Bascarán M. y Bousoño M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas de especialidades psiquiátricas*, vol. 28(4). España. Recuperado de: https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2000_Bobes_Evaluacion.pdf
- Carvajal C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*, vol.40, supl. 2. Chile. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179227200200060003
- Carvajal C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, vol.49 (3), Chile. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527726001>

- Castro S. (2011). Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género (Tesis doctoral). Recuperada de: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/51490#page=1>
- Casuas D. (2015). Definición de variables, enfoque y tipo de investigación. Academia electrónica, academia.edu. Recuperado de: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36805674/>
- Cobo J., Muñoz R., Martos A., Carmona M., Pérez M., Cirici R. y García G. (2010). Violence Against Women in Mental Health Departments: is it Relevant for Mental Health Professionals? *Revista de psiquiatría y salud mental* 3(2). España. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-486-pdf-S217350501070011X>
- Cueva K. y Julca D. (2015). Tipos de violencia por parte de la pareja de mujeres que acuden a un establecimiento de salud de Chiclayo (tesis para bachillerato). Chiclayo. Disponible en: <http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/101>
- Dunn E., Nishimi K., Powers A. y Bradley B. (2016). Is developmental timing of trauma exposure associated with depressive and post-traumatic stress disorder symptoms in adulthood? *Revista de investigación psiquiátrica*, vol. 84. USA. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395616303430>
- Echeburúa E., Amor P., Sarasua B., Zubizarreta I., Holgado F. y Muñoz J (2016). Escala de gravedad de síntomas de revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, vol. 34(2). España. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art04.pdf>
- Fernández M., Herrero S., Buitrago F., Ciurana R., Chocron L., García J., Montón C. Redondo M. y Tizón M. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de la familia. *Actividades preventivas. Atención primaria*. Elsevier, vol.32 (7). España. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670370763X>

- Hadi A. (2017). Patriarchy and Gender-Based Violence in Pakistan. *European Journal of Social Sciences*, vol.4 (3). Turquía. Recuperado de: http://journals.euser.org/files/articles/ejser_may_august_17_nr_2/Abdul.pdf
- Hauff, N., McComish, J. y Chiodo, L. (2017). Cumulative trauma and partner conflict predict post-traumatic stress disorder in postpartum African-American women. *J Clin Nurs*, vol.26. USA. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13421>
- Heale R. y Twycross A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evid Based Nurs*, vol.18 (3), Canadá. Recuperado de: <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/18/3/66.full.pdf>
- Inchaurrondo A. (2011). Necesidades socioeducativas en la adolescencia sobre la violencia de género: propuesta educativa (tesis doctoral). Recuperado de: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/482088/01.AMI_1de7.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jaen C., Rivera S., Amorin E. y Rivera L. (2015). Violencia de Pareja en mujeres: Prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, vol. 5 (3), México. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n3/2007-4719-aip-5-03-2224.pdf>
- Jones L., Hughes M. y Unterstaller U. (2001). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence: A Review of the Research. Artículo de la revista *Journal Home*, vol.2. Universidad de San Diego, Estados Unidos. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524838001002002001>
- Lassemo E., Sandanger I., Nygard J. y Sorgaard K. (2016). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristic and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol.52(1). Noruega. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-016-1295-3>
- Liberzon I. y Abelson J. (2016). Context Processing and the Neurobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Neuron*. Vol. 92 (1). Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627316306407>

- López N. y Sandoval I. (s.f.). Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa. Recuperado de: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/176>
- Marthur S., Okal J., Musheke M., Pilgrim N., Kishor S., Bhattacharya., Jani N., Matheka J., Banda L., Mulenga D., Pulerwitz J. (2018). High rates of sexual violence by both intimate and non-intimate partners experienced by adolescent girls and young women in Kenya and Zambia: Findings around violence and other negative health outcomes. PLoS ONE 13(9), USA. Recuperado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203929>
- Matos M. y Goncalves M. (2019). Sleep and women intimate partner victimization: prevalence, effects and good practices in health care settings. Sleep Science, vol.12(1). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6508940/pdf/ssci-12-01-0035.pdf>
- Medina S. (22 de julio del 2019). Femicidios en el Perú: se registran 94 casos entre enero y julio. América noticias. Recuperado de: <https://www.americatv.com.pe/noticias/actualidad/femicidios-2019-uno-uno-crimenes-contra-mujeres-n353912>
- Méndez A. (2018). Intervenciones psicológicas en mujeres adultas agredidas sexualmente: revisión sistemática de la literatura. (Tesis de bachiller). Recuperada de: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/95146>
- Miracco M., Rutzstein G. y Keegan E. (2015). Afrontamiento y trastornos de estrés postraumático en mujeres maltratadas por su pareja. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. Ansiedad y Estrés. Argentina. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/74163>
- Molina E. (2019). Factores de riesgo y consecuencias de la violencia de género en Colombia. Tempus Psicológico, vol.2 (1). Recuperado de: <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.1.2.2149.2019>
- Moller A., Sondergaard H. y Helstrom L. Tonic immobility during sexual assault – a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. Acta Obstet Gynecol Scand, vol. 96. Escandinavia. Recuperado de: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13174>

- Morales M., Montenegro D., Pulido S., Herazo E. y Campo A. (2011). Variables asociadas a abuso y psicológico a la pareja. *Revista Ciencias de la salud. Universidad del Rosario*, vol. 9 (3). Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56222319007>
- Morrison J. (2014). *DSM-5 Made Easy. The Clinician's Guide to Diagnosis*. The Guilford Press. New York. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=020sDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=the+clinician%27s+guide+to+diagnosis&ots>
- Nelson A. y Olokungboye S. (2018). Domestic violence against women: An overview. *Journal of Family & Adoption Law*, vol.1 (1). Nigeria. Recuperado de: <http://lawjournals.stmjournals.in/index.php/jfal/article/view/73/68>
- Ogum D., Addoley A., Sikweyiya Y., Dorothy E., Coker D., Jewkes R., Kofi R. (2018). Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline findings from a cluster randomised controlled trial. *PLoS ONE* 13(7), Ghana. Recuperado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200874>
- Olaya B., Alonso J., Atwoli L., Kessler R., Vilagut G. y Haro M. (2014). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol.24 (2). España. Recuperado en: <https://doi.org/10.1017/S2045796014000092>
- Patró R., Corbalán F. y Limiñana R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, vol.23 (1). España, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723115>
- Ramos, G. (2017). Depresión y violencia de género en mujeres que participan del vaso de leche, Ancón 2017 (Tesis de bachiller), Lima. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11345/Ramos_GGG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rojas M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXXIII (619). Costa Rica. Recuperado de: <http://revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/view/124/109>
- Rondón U. (2015). *Mediación y violencia de género* (tesis de doctorado). Murcia. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128367>
- Santandreu M. (2014), *Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en víctimas de violencia de género* (tesis doctoral). Recuperado de: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/287519/tmsolde1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sijbrandij M., Bryant R., Schafer A., Dawson K., Anjuri D., Ndogoni L., Ulate J., Hamdani S. y Ommeren M. (2016). Problem Management Plus (PM+) in the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence and urban adversity in Kenya; study protocol for a randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 10 (44). Amsterdam. Recuperado de: <https://ijmhs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13033-016-0075-5>
- Silove D., Baker J., Mohsin M., Teesson M., Creamer M., O'Donnell M., Forbes D., Carragher N., Slade T., Mills K., Bryant R., McFarlane A., Steel Z., Felmingham K. y Rees S. (2017). The contribution of gender-based violence and network trauma to gender differences in Post-Traumatic Stress Disorder. *PLoS ONE* 12(2). Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0171879>
- Smith D. (2016). Prevalence of intimate partner violence in Jamaica: implications for prevention and intervention. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 7(3/4), USA. Recuperado de: <https://journals.uvic.ca/index.php/ijcyfs/article/view/16089>
- Valdez R., Hajar M., Salgado N., Rivera L., Ávila L. y Rojas R. (2006). Escala de la violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública*, vol. 48 (2), México. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2006.v48suppl2/s221-s231/es>

- Vásquez A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 70(1-4). Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372039390004>
- Vélez C. y Palacios L. (2017). Abordar la violencia contra las mujeres desde una perspectiva integral. *Revista Ciencia de la Salud*, vol. 15(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56251253001>
- Villafañe A., Milanesio M., Marcellino C. y Amodei C. (2003). La evaluación de Trastorno de Estrés Postraumático: Aproximación a las propiedades Psicosométricas de la escala de trauma de Davidson. *Laboratorio de Educación Psicológica y educativa*, vol.3(1), Argentina. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/608/577>
- Walby S., Towers J., Balderston S., Corradi C., Francis B., Heinskanen M., Helweg K., Mergaert L., Olive P., Palmer E., Stockl H. y Strid S. (2017). The concept and measurement of violence against women and men. Recuperado de: <https://www.oopen.org/download?type=document&docid=623150>
- Zegarra V. & Chino V. (2019). Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 20(1). Perú. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2019/rmn191d.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres atendidas en la División Médico Legal II de Chimbote, 2019									
PROBLEMA	OBJETIVOS		HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	POBLACIÓN Y MUESTRA	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	INSTRUMENTO	ESTADÍSTICA
¿Existe relación entre la violencia de género (VG) ocasionados por la pareja o ex pareja sentimental, en las mujeres atendidas en la división médico legal II de Chimbote en el año 2019, con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT)?	OBJETIVO GENERAL	Determinar la relación entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático, en mujeres adultas evaluadas en la división médico legal II de Chimbote en el 2019	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN (H ₁): Existe relación entre las variables violencia de género y trastorno de estrés postraumático, en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019.	VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)	Violencia física (VF)	POBLACIÓN: Pacientes que acuden al servicio de la DML II de Chimbote para ser atendidas por casos de violencia familiar. MUESTRA: 105 pacientes que acuden a los consultorios médicos de la DML II de Chimbote para la atención por casos de violencia familiar ocasionados por la pareja o ex pareja sentimental.	MÉTODO: Correlacional DISEÑO: Descriptivo Correlacional	Para la variable Violencia de género: Cuestionario de medición de violencia de género (CMVG) que consta de 20 ítems.	Para el estudio de correlación entre las variables estudiadas, se utilizó el programa SPSS versión, y dentro de esta el coeficiente de correlación de Pearson.
		Violencia psicológica (VP)							
		Violencia sexual (VS)							
		Violencia económica (VE)							
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Identificar el grado de violencia de género (VG) en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019	HIPÓTESIS NULA (H ₀): No existe relación entre las variables violencia de género y trastorno de estrés postraumático, en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019.	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	Factor afectivo (FA)				
		Identificar la presencia y severidad del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019.			Factor intelectual (FI)				
		Determinar la relación de las dimensiones de la VG con la variable TEPT en las mujeres adultas evaluadas en la DML II de Chimbote en el 2019.			Factor conductual (FC)				
		Determinar la relación de cada una de las dimensiones de la variable TEPT con la variable VG en las mujeres adultas evaluadas en las DML II de Chimbote en el 2019.							

ANEXO 2

INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Nombre: _____ Edad: _____

Grado de instrucción: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Lugar de nacimiento: _____ Tiempo de relación: _____ Número de hijos: _____

Lugar de residencia: _____ Ocupación: _____ Número de compromisos: _____

Número de denuncia: (1º vez) (2º vez) (3º vez) (más veces)

Tiempo en que realizó la denuncia luego de la primera agresión:

Estamos realizando un estudio sobre el grado de severidad de la violencia de género, requerimos tu participación y te pedimos ser muy sincera en tus respuestas, para de esta forma poder ayudar a buscar soluciones a este problema social. Por favor tómate tu tiempo en leer y marcar las respuestas.

A CONTINUACIÓN, SE TE PLANTEA UNA SERIE DE INTERROGANTES. ESCRIBA EN EL RECUADRO DE LA DERECHA: SI o NO, DE ACUERDO A SI TE HA TOCADO VIVIR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS DE VIOLENCIA EN TU RELACIÓN DE PAREJA (ya sea pareja actual o ex pareja):

1) ¿Recibió golpes de su pareja por celos?	
2) ¿El problema económico en el hogar fue causa de agresión física por parte de su pareja?	
3) ¿Su pareja la agredió físicamente después de denunciarlo?	
4) ¿Durante la agresión su pareja la ha empujado?	
5) ¿Durante la agresión su pareja le ha propinado puñetes y/o patadas?	
6) ¿Durante la agresión su pareja la ha ahorcado?	
7) ¿Durante la agresión su pareja le ha provocado quemaduras o cortes?	
8) ¿Ha sufrido el desprecio y/o ha sido ignorada por su pareja?	
9) ¿Su pareja la ha agredido mediante insultos y/o poniéndole sobrenombres?	
10) ¿Su pareja la botó o la amenazó con botarla de su casa?	
11) ¿Su pareja le ha amenazado y/o chantajeado?	

12) ¿Su pareja la encerró con llave en la casa para que no pueda salir?	
13) ¿Su pareja la obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?	
14) ¿Fue rechazada por pedir caricias a su pareja?	
15) ¿La agredió físicamente antes, durante o después del acto sexual?	
16) ¿A veces no ha recibido dinero para la comida y para otros gastos de la familia?	
17) ¿El esposo se fue de la casa abandonando a sus hijos?	
18) ¿No recibió atención en caso de enfermedad o accidente de la familia?	
19) ¿Su pareja se gasta el dinero en borracheras o fiestas?	
20) ¿Vendió o regalo sus pertenencias (muebles, cosas de valor, etc.)?	

- PUNTAJE: _____

CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DEL TRASTORNO ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Nombre: _____ Edad: _____

Grado de instrucción: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Lugar de nacimiento: _____ Tiempo de relación: _____ Número de hijos: _____

Lugar de residencia: _____ Ocupación: _____ Número de compromisos: _____

Número de denuncia: (1º vez) (2º vez) (3º vez) (más veces)

Estamos realizando un estudio sobre la presencia y severidad del Trastorno de Estrés posttraumático, en personas que como tu han sufrido de violencia por parte de su pareja o ex pareja sentimental, por lo que requerimos tu participación y te pedimos ser muy sincera en tus respuestas, para de esta forma determinar la necesidad de una atención especializada. Por favor tómate tu tiempo en leer y marcar las respuestas.

A CONTINUACIÓN, SE TE PLANTEA UNA SERIE DE PREGUNTAS. ESCRIBA EN EL RECUADRO DE LA DERECHA: SI o NO, DE ACUERDO HA SI HAS PRESENTADO ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS AQUÍ DESCRITOS LUEGO DE HABER EXPERIMENTADO EL EVENTO TRAUMÁTICO:

1) ¿Ha sentido temor o miedo después de haber experimentado el evento traumático?	
2) ¿Se ha sentido con ganas permanentes de llorar, por recordar el episodio traumático, aunque hace el intento por olvidarlo?	
3) ¿Se ha sentido sin ganas de seguir viviendo, desanimada, sin interés en sus actividades?	
4) ¿Ha sentido, o siente desesperación y sobresaltos con facilidad, después del evento traumático?	
5) ¿Ha tenido problemas para concentrarse en el trabajo o en el estudio?	
6) ¿Ha perdido el sueño o tenido pesadillas frecuentes?	
7) ¿Duerme demasiado o no quiere levantarse para evitar el contacto con los demás?	
8) ¿Disminuyó su apetito?	
9) ¿Aumentó su apetito o come sin tener un control?	
10) ¿Se fue o quiso irse lejos del hogar, sintiéndose ajena o con poco afecto a las personas con quien convive?	
11) ¿Cambio de carácter (se volvió irritable)?	
12) ¿Sintió dolores de cabeza, espalda o en el pecho?	
13) ¿Sufrió desmayos o pérdida de conocimiento en algún momento?	
14) ¿Tuvo ganas de beber o fumar?	
15) ¿Tomó fármacos (pastillas) para tratar de dormir u “olvidar” los problemas?	
16) ¿Descuidó su aspecto físico, vestimenta y aseo personal?	

• PUNTAJE: _____

ANEXO 3

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD



MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

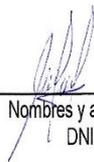
TITULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta			
					SI	NO	SI	NO	SI	NO		
VIOLENCIA DE GÉNERO	VIOLENCIA FÍSICA	1) Recibió golpes de su pareja por celos.			X		X		X			
		2) El problema económico en el hogar fue causa de agresión física por parte de su pareja			X		X		X			
		3) Su pareja la agredió físicamente después de denunciarlo			X		X		X			
		4) ¿Durante la agresión su pareja la empuja?			X		X		X			Durante ... le ha empujado
		5) Durante la agresión su pareja le propina puñetes y/o patadas.			X		X		X			Durante ... le ha propinado puñetes y/o patadas.
		6) Durante la agresión su pareja la ha ahorcado.			X		X		X			
		7) Durante la agresión su pareja le ha provocado quemaduras o cortes.			X		X		X			
	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	8) Ha sufrido el desprecio y/o ha sido ignorada por su pareja.			X		X		X			
		9) Su pareja la ha agredido mediante insultos y/o poniéndole sobrenombres.			X		X		X			
		10) Su pareja la botó de su casa.			X		X		X			
		11) Su pareja le ha amenazado y/o chantajeado.			X		X		X			
		12) Su pareja la encerró con llave en la casa para que no pueda salir.			X		X		X			

VIOLENCIA SEXUAL	13) La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.			X		X		X	
	14) Fue rechazada por pedir caricias a su pareja.			X		X		X	
	15) La agredió físicamente antes, durante o después del acto sexual.			X		X		X	
VIOLENCIA ECONOMICA	16) A veces no ha recibido dinero para la comida y para otros gastos de la familia.			X		X		X	
	17) El esposo se fue de la casa abandonando a sus hijos.			X		X		X	
	18) No recibió atención en caso de enfermedad o accidente de la familia.			X		X		X	
	19) Su pareja se gasta el dinero en borracheras o fiestas.			X		X		X	
	20) Vendió o regaló sus pertenencias (muebles, cosas de valor, etc)			X		X		X	

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)


 Nombres y apellidos
 DNI

Manuel Concha Huayra
 0725283

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

OBJETIVO: MEDIR EL GRADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			X	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR :

Manuel Concha Huaracaya.

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR :

Magister en Psicología Clínica y de la Salud



Post firma
DNI

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TÍTULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	FACTORES AFECTIVOS	1) Ha sentido temor o miedo después de haber experimentado el evento traumático.			X		X		X		
		2) Se ha sentido con ganas permanentes de llorar, por recordar algún episodio traumático, aunque hace el intento por olvidarlo.			X		X		X		
		3) Se ha sentido sin ganas de seguir viviendo, desanimada, sin interés en sus actividades.			X		X		X		
		4) Ha sentido, o siente desesperación y sobresaltos con facilidad, después del evento traumático.			X		X		X		
	FACTOR INTELLECTUAL	5) Ha tenido problemas para concentrarse en el trabajo o en el estudio.			X		X		X		
	FACTORES CONDUCTUALES	6) Ha perdido el sueño o tenido pesadillas frecuentes.			X		X		X		
		7) Duerme demasiado o no quiere levantarse para evitar el contacto con los demás.			X		X		X		
		8) Disminuyó su apetito			X		X		X		
		9) Aumentó su apetito			X		X		X		"...come descontroladamente"
		10) Se fue o quiso irse lejos del hogar, sintiéndose ajena o con poco afecto a las personas con quien convive.			X		X		X		

	11) Cambio de carácter (se volvió irritable)			X		X		X	
	12) Sintió dolores de cabeza, espalda o en el pecho			X		X		X	
	13) Sufrió desmayos o pérdida de conocimiento en algún momento			X		X		X	
	14) Tuvo ganas de beber o fumar.			X		X		X	
	15) Tomó fármacos (pastillas) para tratar de dormir u "olvidar" los problemas.			X		X		X	
	16) Descuidó su aspecto físico, vestimenta y aseo personal.			X		X		X	

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)



 Nombres y apellidos *Raúl Concha Huarcaya*
 DNI *07285283*

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

OBJETIVO: MEDIR LA PRESENCIA Y GRADO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			X	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : Manuel Poncha Huarcaya

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : Magister en Psicología Clínica y de la Salud.



Post firma
DNI

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

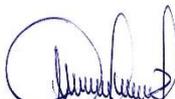
TÍTULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta			
					SI	NO	SI	NO	SI	NO		
VIOLENCIA DE GÉNERO	VIOLENCIA FÍSICA	1) Recibió golpes de su pareja por celos.			X		X		X			
		2) El problema económico en el hogar fue causa de agresión física por parte de su pareja			X		X		X			
		3) Su pareja la agredió físicamente después de denunciarlo			X		X		X			
		4) ¿Durante la agresión su pareja la empuja?.			X		X		X			
		5) Durante la agresión su pareja le propina puñetes y/o paladas.			X		X		X			
		6) Durante la agresión su pareja la ha ahorcado.			X		X		X			
		7) Durante la agresión su pareja le ha provocado quemaduras o cortes.			X		X		X			
	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	8) Ha sufrido el desprecio y/o ha sido ignorada por su pareja.			X		X		X			
		9) Su pareja la ha agredido mediante insultos y/o poniéndole sobrenombres.			X		X		X			
		10) Su pareja la botó de su casa.			X			X		X		*no corresponde a violencia psicológica sino física
		11) Su pareja le ha amenazado y/o chantajeado.			X		X		X			
		12) Su pareja la encerró con llave en la casa para que no pueda salir.			X		X		X			

VIOLENCIA SEXUAL	13) La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.			X	X	X	
	14) Fue rechazada por pedir caricias a su pareja.			X	X	X	
	15) La agredió físicamente antes, durante o después del acto sexual.			X	X	X	
VIOLENCIA ECONÓMICA	16) A veces no ha recibido dinero para la comida y para otros gastos de la familia.			X	X	X	
	17) El esposo se fue de la casa abandonando a sus hijos.			X	X	X	Su pareja se fue de la casa...
	18) No recibió atención en caso de enfermedad o accidente de la familia.			X	X	X	
	19) Su pareja se gasta el dinero en borracheras o fiestas.			X	X	X	
	20) Vendió o regaló sus pertenencias (muebles, cosas de valor, etc)			X	X	X	Su pareja... vendió

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)



 Nombres y apellidos
 DNI. 41047025
 Dra. Lisbeth Giovanna Guevara Chuzmán
 MÉDICO LEGISTA DML II SANTA
 CMP. N° 44980

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

OBJETIVO: MEDIR EL GRADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		X		

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : LUEVANA GUZMAN Lissette GIOVANNA

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : MAGISTER EN SALUD PÚBLICA


 Dr. Lissette Guzman Luevanna
 Postgrada
 DML II SANTA
 DNI N° 44680
 40470255

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TITULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	FACTORES AFECTIVOS	1) Ha sentido temor o miedo después de haber experimentado el evento traumático.			X		X		X		
		2) Se ha sentido con ganas permanentes de llorar, por recordar algún episodio traumático, aunque hace el intento por olvidarlo.			X		X		X		
		3) Se ha sentido sin ganas de seguir viviendo, desanimada, sin interés en sus actividades.			X		X		X		
		4) Ha sentido, o siente desesperación y sobresaltos con facilidad, después del evento traumático.			X		X		X		
	FACTOR INTELLECTUAL	5) Ha tenido problemas para concentrarse en el trabajo o en el estudio.			X		X		X		
	FACTORES CONDUCTUALES	6) Ha perdido el sueño o tenido pesadillas frecuentes.			X		X		X		
		7) Duerme demasiado o no quiere levantarse para evitar el contacto con los demás.			X		X		X		
		8) Disminuyó su apetito			X		X		X		
		9) Aumentó su apetito				X		X		X	Es más común que el apetito disminuya
		10) Se fue o quiso irse lejos del hogar, sintiéndose ajena o con poco afecto a las personas con quien convive.			X		X		X		

	11) Cambio de carácter (se volvió irritable)		X	X	X	
	12) Sintió dolores de cabeza, espalda o en el pecho		X	X	X	
	13) Sufrió desmayos o pérdida de conocimiento en algún momento		X	X	X	
	14) Tuvo ganas de beber o fumar.		X	X	X	
	15) Tomó fármacos (pastillas) para tratar de dormir u "olvidar" los problemas.		X	X	X	
	16) Descuidó su aspecto físico, vestimenta y aseo personal.		X	X	X	

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)

Lissette Giovanna Guevara Guzmán

Nombres y apellidos

DNI. 40470255

Dra. Lissette Giovanna Guevara Guzmán

MEDICO LEGISTA O.M.I. II SANTA
C.M.P. Nº 44830

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

OBJETIVO: MEDIR LA PRESENCIA Y GRADO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		X		

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : GUEVARA GUZMÁN LISSETTE GIOVANNA

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : MAGISTER EN SALUD PÚBLICA



Dra. Lissette Guzmán Guzmán
MÉDICO LEGAL II DIVISIÓN DE CHIMBOTE
Post firma
DNI 4047025

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TITULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	
VIOLENCIA DE GÉNERO	VIOLENCIA FÍSICA	1) Recibió golpes de su pareja por celos.			X		X		X		
		2) El problema económico en el hogar fue causa de agresión física por parte de su pareja			X		X		X		
		3) Su pareja la agredió físicamente después de denunciarlo			X		X		X		
		4) ¿Durante la agresión su pareja la empuja?.			X		X		X		“Durante... le ha empujado”
		5) Durante la agresión su pareja le propina puñetes y/o patadas.			X		X		X		
		6) Durante la agresión su pareja la ha ahorcado.			X		X		X		
		7) Durante la agresión su pareja le ha provocado quemaduras o cortes.			X		X		X		
	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	8) Ha sufrido el desprecio y/o ha sido ignorada por su pareja.			X		X		X		
		9) Su pareja la ha agredido mediante insultos y/o poniéndole sobrenombres.			X		X		X		“Su pareja le ha insultado y/o...”
		10) Su pareja la botó de su casa.			X		X		X		
		11) Su pareja le ha amenazado y/o chantajeado.			X		X		X		
		12) Su pareja la encerró con llave en la casa para que no pueda salir.			X		X		X		

VIOLENCIA SEXUAL	13) La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.			X		X		X		
	14) Fue rechazada por pedir caricias a su pareja.			X		X		X		
	15) La agredió físicamente antes, durante o después del acto sexual.			X		X		X		
VIOLENCIA ECONÓMICA	16) A veces no ha recibido dinero para la comida y para otros gastos de la familia.			X		X		X		
	17) El esposo se fue de la casa abandonando a sus hijos.			X		X		X		
	18) No recibió atención en caso de enfermedad o accidente de la familia.			X		X		X		
	19) Su pareja se gasta el dinero en borracheras o fiestas.			X		X		X		
	20) Vendió o regaló sus pertenencias (muebles, cosas de valor, etc)			X		X		X		

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)


 Dr. Roger M. Pereda Flores
 NEUMÓLOGO
 RNE 035236
 Nombres y apellidos
 DNI 32980979

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

OBJETIVO: MEDIR EL GRADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : PEREDA FLORES ROGER MARIO

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : MAGISTRO EN SALUD OCUPACIONAL

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL
SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE S.A.C.



MC. ROGER M. PEREDA FLORES
NEUMÓLOGO, SALUD OCUPACIONAL
Post-irma
MÉDICO
CMP. 27516 / INE. 036326
DNI 52980949

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TÍTULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	FACTORES AFECTIVOS	1) Ha sentido temor o miedo después de haber experimentado el evento traumático.			X		X		X		
		2) Se ha sentido con ganas permanentes de llorar, por recordar algún episodio traumático, aunque hace el intento por olvidarlo.			X		X		X		
		3) Se ha sentido sin ganas de seguir viviendo, desanimada, sin interés en sus actividades.			X		X		X		
		4) Ha sentido, o siente desesperación y sobresaltos con facilidad, después del evento traumático.			X		X		X		
	FACTOR INTELLECTUAL	5) Ha tenido problemas para concentrarse en el trabajo o en el estudio.			X		X		X		
	FACTORES CONDUCTUALES	6) Ha perdido el sueño o tenido pesadillas frecuentes.			X		X		X		
		7) Duermes demasiado o no quiere levantarse para evitar el contacto con los demás.			X		X		X		
		8) Disminuyó su apetito			X		X		X		
		9) Aumentó su apetito			X		X		X		
		10) Se fue o quiso irse lejos del hogar, sintiéndose ajena o con poco afecto a las personas con quien convive.			X		X		X		

	11) Cambio de carácter (se volvió irritable)			X	X	X	
	12) Sintió dolores de cabeza, espalda o en el pecho			X	X	X	
	13) Sintió desmayos o pérdida de conocimiento en algún momento			X	X	X	
	14) Tuvo ganas de beber o fumar.			X	X	X	
	15) Tomó fármacos (pastillas) para tratar de dormir u "olvidar" los problemas.			X	X	X	
	16) Descuidó su aspecto físico, vestimenta y aseo personal.			X	X	X	

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)



Dr. Roger M. Pereda Flores
 NEUMÓLOGO

CNP 27547 - RNE 025526

Nombres y apellidos

DNI 32980499

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

OBJETIVO: MEDIR LA PRESENCIA Y GRADO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : PEREDA FLORES PEREDA MARCO

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : MAESTRO EN SALUD OCUPACIONAL



Pereda
MC. ROGER M. PEREDA FLORES
NEURÓLOGO - Mg SALUD OCUPACIONAL
MÉDICO OCUPACIONAL

Post-firma
DNI 32980979

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TÍTULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES		
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta				
					SI	NO	SI	NO	SI	NO			
VIOLENCIA DE GÉNERO	VIOLENCIA FÍSICA	1) Recibió golpes de su pareja por celos.			X		X		X				
		2) El problema económico en el hogar fue causa de agresión física por parte de su pareja			X		X		X				
		3) Su pareja la agredió físicamente después de denunciarlo			X		X		X				
		4) ¿Durante la agresión su pareja la empuja?.			X		X		X				
		5) Durante la agresión su pareja le propina puñetes y/o patadas.			X		X		X				
		6) Durante la agresión su pareja la ha ahorcado.			X		X		X				
		7) Durante la agresión su pareja le ha provocado quemaduras o cortes.			X		X		X				
	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	8) Ha sufrido el desprecio y/o ha sido ignorada por su pareja.				X		X		X			
		9) Su pareja la ha agredido mediante insultos y/o poniéndole sobrenombres.				X		X		X			
		10) Su pareja la botó de su casa.				X		X		X			
		11) Su pareja le ha amenazado y/o chantajeado.				X		X		X			
		12) Su pareja la encerró con llave en la casa para que no pueda salir.				X		X		X			

VIOLENCIA SEXUAL	13) La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.			X	X	X			
	14) Fue rechazada por pedir caricias a su pareja.			X	X	X			
	15) La agredió físicamente antes, durante o después del acto sexual.			X	X	X			
VIOLENCIA ECONÓMICA	16) A veces no ha recibido dinero para la comida y para otros gastos de la familia.			X	X	X			
	17) El esposo se fue de la casa abandonando a sus hijos.			X	X	X			
	18) No recibió atención en caso de enfermedad o accidente de la familia.			X	X	X			
	19) Su pareja se gasta el dinero en borracheras o fiestas.			X	X	X			
	20) Vendió o regaló sus pertenencias (muebles, cosas de valor, etc)			X	X	X			

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)

MINISTERIO PÚBLICO
 INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
 DIVISION MEDICO LEGAL PARTA

 M. P. César Vallejo
 S. S. O. S. S.
 C. B. P. 1617

Nombres y apellidos

DNI 41648868

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

OBJETIVO: MEDIR EL GRADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : CHAMOCHUMBI RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : MAESTRIA EN MICROBIOLOGIA, MENCIÓN MICROBIOLOGÍA CLÍNICA


C. B. P. 7572

Post firma

DNI 41646868

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TÍTULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta			
					SI	NO	SI	NO	SI	NO		
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	FACTORES AFECTIVOS	1) Ha sentido temor o miedo después de haber experimentado el evento traumático.			X		X			X		
		2) Se ha sentido con ganas permanentes de llorar, por recordar algún episodio traumático, aunque hace el intento por olvidarlo.			X		X			X		
		3) Se ha sentido sin ganas de seguir viviendo, desanimada, sin interés en sus actividades.			X		X			X		
		4) Ha sentido, o siente desesperación y sobresaltos con facilidad, después del evento traumático.			X		X			X		
	FACTOR INTELLECTUAL	5) Ha tenido problemas para concentrarse en el trabajo o en el estudio.			X		X			X		
	FACTORES CONDUCTUALES	6) Ha perdido el sueño o tenido pesadillas frecuentes.			X		X			X		
		7) Duerme demasiado o no quiere levantarse para evitar el contacto con los demás.			X		X			X		
		8) Disminuyó su apetito			X		X			X		
		9) Aumentó su apetito			X		X			X		
		10) Se fue o quiso irse lejos del hogar, sintiéndose ajena o con poco afecto a las personas con quien convive.			X		X			X		

	11) Cambio de carácter (se volvió irritable)			X		X		X	
	12) Sintió dolores de cabeza, espalda o en el pecho			X		X		X	
	13) Sufrió desmayos o pérdida de conocimiento en algún momento			X		X		X	
	14) Tuvo ganas de beber o fumar.			X		X		X	
	15) Tomó fármacos (pastillas) para tratar de dormir u "olvidar" los problemas.			X		X		X	
	16) Descuidó su aspecto físico, vestimenta y aseo personal.			X		X		X	

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)

MINISTERIO PÚBLICO
 INSTITUTO DE DEFENSA LEGAL
 DIVISION REGIONAL TACNA

 M. Sc. Carlos E. Chaperuambi Rodríguez
 BIÓLOGO
 C. R. P. 7872

Nombres y apellidos

DNI 41646868

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

OBJETIVO: MEDIR LA PRESENCIA Y GRADO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : CHAMOLUVAI RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : MAESTRIA EN MICROBIOLOGIA, MENCION MICROBIOLOGIA CLINICA


Carlos Eduardo Chamoluvai Rodríguez
BIÓLOGO
C.B.P. 7672

Post firma
DNI 41646868

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TÍTULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	
VIOLENCIA DE GÉNERO	VIOLENCIA FÍSICA	1) Recibió golpes de su pareja por celos.			✓		✓		✓		
		2) El problema económico en el hogar fue causa de agresión física por parte de su pareja			✓		✓		✓		
		3) Su pareja la agredió físicamente después de denunciarlo			✓		✓		✓		
		4) ¿Durante la agresión su pareja la empuja?.			✓		✓		✓		
		5) Durante la agresión su pareja le propina puñetes y/o patadas.			✓		✓		✓		
		6) Durante la agresión su pareja la ha ahorcado.			✓		✓		✓		
		7) Durante la agresión su pareja le ha provocado quemaduras o cortes.			✓		✓		✓		
	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	8) Ha sufrido el desprecio y/o ha sido ignorada por su pareja.			✓		✓		✓		
		9) Su pareja la ha agredido mediante insultos y/o poniéndole sobrenombres.			✓		✓		✓		
		10) Su pareja la botó de su casa.			✓		✓		✓		
		11) Su pareja le ha amenazado y/o chantajeado.			✓		✓		✓		
		12) Su pareja la encerró con llave en la casa para que no pueda salir.			✓		✓		✓		

VIOLENCIA SEXUAL	13) La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	14) Fue rechazada por pedir caricias a su pareja.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	15) La agredió físicamente antes, durante o después del acto sexual.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
VIOLENCIA ECONÓMICA	16) A veces no ha recibido dinero para la comida y para otros gastos de la familia.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	17) El esposo se fue de la casa abandonando a sus hijos.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	18) No recibió atención en caso de enfermedad o accidente de la familia.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	19) Su pareja se gasta el dinero en borracheras o fiestas.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	20) Vendió o regaló sus pertenencias (muebles, cosas de valor, etc)			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)

Wilmer Edgard Farfan Caba
Nombres y apellidos /
DNI 32925846.

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

OBJETIVO: MEDIR EL GRADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			X	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : FARFAN CUBA, Wilner Edgard

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : Maestro en intervención psicológica


.....
Wilner Edgard Parfán Cuba
PSICÓLOGO
CPSP. 4318

Post firma
DNI 32925846

MATRIZ DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TÍTULO DE LA TESIS: VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE, 2019.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES O ÍTEMS	Opción de respuesta		CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			NO (0)	SI (1)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	FACTORES AFECTIVOS	1) Ha sentido temor o miedo después de haber experimentado el evento traumático.			✓		✓		✓		
		2) Se ha sentido con ganas permanentes de llorar, por recordar algún episodio traumático, aunque hace el intento por olvidarlo.			✓		✓		✓		
		3) Se ha sentido sin ganas de seguir viviendo, desanimada, sin interés en sus actividades.			✓		✓		✓		
		4) Ha sentido, o siente desesperación y sobresaltos con facilidad, después del evento traumático.			✓		✓		✓		
	FACTOR INTELLECTUAL	5) Ha tenido problemas para concentrarse en el trabajo o en el estudio.			✓		✓		✓		
	FACTORES CONDUCTUALES	6) Ha perdido el sueño o tenido pesadillas frecuentes.			✓		✓		✓		
		7) Duermo demasiado o no quiere levantarse para evitar el contacto con los demás.			✓		✓		✓		
		8) Disminuyó su apetito			✓		✓		✓		
		9) Aumentó su apetito			✓		✓		✓		
		10) Se fue o quiso irse lejos del hogar, sintiéndose ajena o con poco afecto a las personas con quien convive.			✓		✓		✓		

	11) Cambio de carácter (se volvió irritable)			✓		✓		✓	
	12) Sintió dolores de cabeza, espalda o en el pecho			✓		✓		✓	
	13) Sufrió desmayos o pérdida de conocimiento en algún momento			✓		✓		✓	
	14) Tuvo ganas de beber o fumar.			✓		✓		✓	
	15) Tomó fármacos (pastillas) para tratar de dormir u "olvidar" los problemas.			✓		✓		✓	
	16) Descuidó su aspecto físico, vestimenta y aseo personal.			✓		✓		✓	

Marcar un aspa en el casillero que corresponda (x)

Wilmer Edgard Farfan Wba
Nombres y apellidos
DNI 32925846.

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SINTOMATOLÓGICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

OBJETIVO: MEDIR LA PRESENCIA Y GRADO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

DIRIGIDO A: MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA PROVOCADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL, EN LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II DE CHIMBOTE.

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			✗	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR : FAREFAN CUBA, Wilmer Edgard

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR : Maestro en intervención psicológica.



.....
 Wilmer Edgard Farfán Cuba
 PSICÓLOGO
 CPSP. 4318

Post firma
 DNI 32925846

JUICIO DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO: CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO (CMVG).

ITEM	CALIFICACIONES DE LOS JUECES					SUMA	V
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5		
1	1	1	1	1	1	5	1.00
2	1	1	1	1	1	5	1.00
3	1	1	1	1	1	5	1.00
4	1	1	1	1	1	5	1.00
5	1	1	1	1	1	5	1.00
6	1	1	1	1	1	5	1.00
7	1	1	1	1	1	5	1.00
8	1	1	1	1	1	5	1.00
9	1	1	1	1	1	5	1.00
10	1	0	1	1	1	4	0.80
11	1	1	1	1	1	5	1.00
12	1	1	1	1	1	5	1.00
13	1	1	1	1	1	5	1.00
14	1	1	1	1	1	5	1.00
15	1	1	1	1	1	5	1.00
16	1	1	1	1	1	5	1.00
17	1	1	1	1	1	5	1.00
18	1	1	1	1	1	5	1.00
19	1	1	1	1	1	5	1.00
20	1	1	1	1	1	5	1.00
V DE AIKEN GENERAL							0.99

Nro de jueces:
c: Número de valores de la escala de valoración :

JUICIO DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POR TRAUMÁTICO: CUESTIONARIO SINTOMÁTICO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (CSTEPT).

ITEM	CALIFICACIONES DE LOS JUECES					SUMA	V		
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5				
1	1	1	1	1	1	5	1.00		
2	1	1	1	1	1	5	1.00		
3	1	1	1	1	1	5	1.00		
4	1	1	1	1	1	5	1.00		
5	1	1	1	1	1	5	1.00	Nro de jueces:	5
6	1	1	1	1	1	5	1.00	c: Número de valores de la escala de valoración :	2
7	1	1	1	1	1	5	1.00		
8	1	1	1	1	1	5	1.00		
9	1	0	1	1	1	4	0.80		
10	1	1	1	1	1	5	1.00		
11	1	1	1	1	1	5	1.00		
12	1	1	1	1	1	5	1.00		
13	1	1	1	1	1	5	1.00		
14	1	1	1	1	1	5	1.00		
15	1	1	1	1	1	5	1.00		
16	1	1	1	1	1	5	1.00		
V DE AIKEN GENERAL							0.99		

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS CON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (CMVG) USANDO EL COEFICIENTE DE KUDER RICHARDSON (DICOTÓMICA)

Encuestados	Items en el instrumento																				Sumatoria de los aciertos de los items					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	10					
2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	9					
3	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	14					
4	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8					
5	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	7					
6	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	10					
7	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	11					
8	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	16					
9	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	13					
10	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4					
11	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	14					
12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3			SI	1	
13	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	12			NO	0	
14	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	7					
15	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	11					
16	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6					
17	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	12					
18	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	8					
19	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	9					
20	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5					
Total	13	14	3	19	12	8	0	11	14	7	14	5	11	10	9	14	8	2	11	4	12.37	varianza de los aciertos				
p	0.7	0.7	0.2	1.0	0.6	0.4	0.0	0.6	0.7	0.4	0.7	0.3	0.6	0.5	0.5	0.7	0.4	0.1	0.6	0.2						
q	0.4	0.3	0.9	0.1	0.4	0.6	1.0	0.5	0.3	0.7	0.3	0.8	0.5	0.5	0.6	0.3	0.6	0.9	0.5	0.8						
pxq	0.2	0.2	0.1	0.0	0.2	0.2	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	3.87	sumatoria pxq				

COEFICIENTE KUDER - RICHARDSON (KR20)

$$K_r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p^* q}{St^2} \right]$$

APLICACIÓN DE LA FÓRMULA

k/(k-1)	1.05	k	20	Nro de items
1-(Σpxq/varianza)	0.687241966			
Coeficiente de Kuder-Richardson			0.72	

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (CSTEPT) USANDO EL COEFICIENTE DE KUDER RICHARDSON (DICOTOMICA)

Encuestados	Items en el instrumento																Sumatoria de los aciertos de los items		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	7		
2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	9		
3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	6		
4	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	9		
5	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	10		
6	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4		
7	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	8		
8	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	9		
9	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	6		
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		
11	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	9		
12	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4	SI	1
13	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	9	NO	0
14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4		
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2		
16	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3		
17	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
18	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	7		
19	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5		
20	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
Total	15	16	6	9	2	7	2	14	2	10	6	13	3	1	3	7	8.48	varianza de los aciertos	
p	0.8	0.8	0.3	0.5	0.1	0.4	0.1	0.7	0.1	0.5	0.3	0.7	0.2	0.1	0.2	0.4			
q	0.3	0.2	0.7	0.6	0.9	0.7	0.9	0.3	0.9	0.5	0.7	0.4	0.9	1.0	0.9	0.7			
pxq	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.3	0.2	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	2.73	sumatoria pxq	

= KUDER – RICHARDSON (KR20)

$$K_r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p^* q}{St^2} \right]$$

APLICACIÓN DE LA FÓRMULA

k/(k-1)	1.07	k:	16	Nro de items
1-(Σpxq/varianza)	0.678225806			
Coeficiente de Kuder-Richardson	0.72			

ANEXO 4

BASE DE DATOS
VARIABLE 1: VIOLENCIA DE GÉNERO

	Ítems en el instrumento																							VALORES DE SEVERIDAD			
	VIOLENCIA FÍSICA							VIOLENCIA PSICOLÓGICA					VIOLENCIA SEXUAL			VIOLENCIA ECONÓMICA											
Encuestados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	sumatoria						
1	1	1	0	1	1	0	0	4	0	1	0	1	0	2	1	0	1	2	1	0	0	1	0	2	10	violencia no severa	
2	1	0	1	1	1	0	0	4	0	0	0	1	1	2	1	0	1	2	0	0	0	1	0	1	9	caso violencia	
3	0	1	0	1	1	1	0	4	1	1	1	1	1	5	0	1	0	1	1	1	1	1	0	4	14	violencia severa	caso violencia 0-9.9 violencia no severa 10-11.8 violencia severa 11.9-20
4	1	1	0	1	1	0	0	4	1	1	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8	caso violencia	
5	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	1	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	7	caso violencia	
6	1	1	0	1	1	0	0	4	1	1	0	1	0	3	0	1	0	1	1	1	0	0	0	2	10	violencia no severa	

7	0	1	0	1	1	1	0	4	1	1	0	1	0	3	1	1	1	3	1	0	0	0	0	0	1	11	violencia no severa		
8	1	1	0	1	1	1	0	5	1	1	1	1	1	5	0	1	0	1	1	1	1	1	1	5	16	violencia severa			
9	1	1	0	1	1	0	0	4	0	1	1	1	0	3	1	0	1	2	1	1	0	1	1	4	13	violencia severa			
10	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	caso violencia			
11	1	1	0	1	1	1	0	5	1	1	1	1	0	4	1	1	1	3	1	0	0	1	0	2	14	violencia severa			
12	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	caso violencia			
13	1	1	1	1	0	0	0	4	0	1	0	1	0	2	1	0	1	2	1	1	0	1	1	4	12	violencia severa			
14	1	1	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	7	caso violencia			
15	0	1	0	1	0	1	0	3	1	1	0	0	0	2	1	1	1	3	1	0	0	1	1	3	11	violencia no severa			
16	1	0	0	1	0	1	0	3	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6	caso violencia			
17	0	1	1	1	0	1	0	4	1	1	0	0	1	3	1	1	1	3	1	1	0	0	0	2	12	violencia severa			

18	1	1	0	1	1	0	0	4	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	2	8	caso violencia			
19	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0	4	1	1	1	3	0	0	0	0	0	9	caso violencia		
20	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	caso violencia		
21	0	1	0	1	1	1	0	4	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	0	2	9	caso violencia		
22	1	0	1	1	1	1	0	5	1	1	0	1	0	3	1	1	1	3	0	0	1	0	0	12	violencia severa		
23	1	0	1	1	0	0	0	3	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	caso violencia		
24	1	1	1	0	1	1	0	5	1	1	0	1	0	3	1	1	1	3	1	0	1	1	0	14	violencia severa		
25	1	1	0	0	1	0	0	3	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7	caso violencia		
26	1	1	0	1	1	0	0	4	0	1	1	1	0	3	1	1	0	2	1	1	1	1	0	13	violencia severa		
27	1	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	6	caso violencia		
28	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6	caso violencia		

29	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	caso violencia		
30	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	1	0	3	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	8	caso violencia		
31	0	0	1	0	1	0	0	2	1	1	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	7	caso violencia		
32	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	9	caso violencia		
33	1	1	0	0	1	0	0	3	1	1	1	0	0	3	0	0	1	1	1	0	0	1	0	2	9	caso violencia		
34	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4	caso violencia		
35	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4	8	caso violencia		
36	1	1	1	1	1	0	0	5	1	1	1	1	0	4	0	1	0	1	1	1	0	1	0	3	13	violencia severa		
37	1	1	0	1	1	0	0	4	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	8	caso violencia		
38	1	0	0	1	1	0	0	3	0	1	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6	caso violencia		
39	1	1	1	1	1	0	0	5	1	1	1	1	0	4	1	0	1	2	1	0	0	1	0	2	13	violencia severa		

40	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	caso violencia		
41	0	1	1	1	1	0	0	4	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	4	11	violencia no severa			
42	0	1	1	1	1	0	0	4	1	1	1	1	0	4	0	0	0	0	1	1	1	0	1	4	12	violencia severa			
43	1	1	1	1	1	1	0	6	1	1	1	1	0	4	1	1	1	3	1	1	0	1	0	3	16	violencia severa			
44	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	1	0	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	caso violencia			
45	1	1	1	0	1	0	0	4	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	10	violencia no severa			
46	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	caso violencia			
47	0	1	0	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	5	1	0	1	2	1	0	1	0	0	2	12	violencia severa			
48	1	1	1	1	1	0	0	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	18	violencia severa			
49	1	1	0	1	1	0	0	4	0	1	0	1	1	3	1	0	1	2	1	0	0	0	0	1	10	violencia no severa			
50	1	1	0	1	1	0	0	4	1	1	1	1	0	4	0	1	1	2	1	1	1	1	0	4	14	violencia severa			

51	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	6	caso violencia		
52	1	0	1	1	1	1	0	5	1	1	1	1	0	4	1	0	1	2	0	0	0	1	0	1	12	violencia severa		
53	0	1	0	1	1	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	6	caso violencia		
54	0	1	1	1	1	0	0	4	1	1	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	9	caso violencia		
55	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	caso violencia		
56	1	1	0	1	1	1	0	5	1	1	1	1	0	4	1	1	1	3	1	0	0	0	0	1	13	violencia severa		
57	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	6	caso violencia		
58	1	1	0	1	0	0	0	3	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1	0	0	0	1	2	8	caso violencia		
59	0	1	0	1	1	1	0	4	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	9	caso violencia		
60	1	1	0	1	1	1	0	5	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	1	0	1	0	3	11	violencia no severa		
61	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	5	caso violencia		

62	0	1	0	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1	3	1	0	0	1	0	2	9	caso violencia		
63	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	caso violencia		
64	0	1	0	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	4	1	0	1	2	1	1	1	1	0	4	14	violencia severa		
65	0	1	0	1	1	0	0	3	1	1	0	1	0	3	1	1	0	2	1	1	0	0	0	2	10	violencia no severa		
66	1	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	caso violencia		
67	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	3	1	0	1	2	1	0	1	0	0	2	9	caso violencia		
68	1	1	0	1	0	1	0	4	1	1	0	1	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	10	violencia no severa		
69	0	1	0	1	1	0	0	3	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	7	caso violencia		
70	1	1	0	1	1	0	0	4	1	1	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	9	caso violencia		
71	1	1	0	1	0	0	0	3	1	1	1	1	0	4	1	1	0	2	1	0	0	1	1	3	12	violencia severa		
72	1	1	0	1	1	0	0	4	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	0	2	9	caso violencia		

73	0	1	0	1	0	1	0	3	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2	8	caso violencia		
74	1	0	0	1	1	0	0	3	0	1	0	1	0	2	1	0	1	2	0	1	0	1	0	2	9	caso violencia		
75	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	caso violencia		
76	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	3	1	0	1	2	1	1	0	1	0	3	10	violencia no severa		
77	0	1	0	1	1	0	0	3	0	1	0	0	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	7	caso violencia		
78	1	0	0	1	1	1	0	4	1	1	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	caso violencia		
79	1	1	1	0	1	1	0	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	18	violencia severa		
80	1	0	0	1	1	0	0	3	0	1	1	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	caso violencia		
81	0	1	0	1	1	0	0	3	1	1	0	1	0	3	1	1	1	3	1	0	0	0	1	2	11	violencia no severa		
82	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	caso violencia		
83	0	1	0	1	1	0	0	3	0	1	1	0	0	2	1	1	1	3	1	1	0	1	0	3	11	violencia no severa		

84	1	1	0	0	1	1	0	4	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8	caso violencia		
85	1	0	0	1	1	0	0	3	1	1	1	0	0	3	1	1	0	2	1	1	1	0	0	3	11	violencia no severa		
86	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	caso violencia		
87	0	1	0	1	1	0	0	3	1	0	1	1	0	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	8	caso violencia		
88	0	0	1	1	1	0	0	3	1	1	1	1	0	4	1	0	1	2	0	0	1	1	0	2	11	violencia no severa		
89	0	1	0	0	1	1	0	3	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0	0	1	0	2	8	caso violencia		
90	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	3	1	1	1	3	1	0	1	0	0	2	10	violencia no severa		
91	1	0	0	1	1	0	0	3	1	1	1	1	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8	caso violencia		
92	1	1	0	1	0	1	0	4	1	1	0	1	0	3	1	0	1	2	0	1	0	1	1	3	12	violencia severa		
93	1	0	1	1	1	0	0	4	1	0	1	1	0	3	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	10	violencia no severa		
94	0	1	0	1	1	0	0	3	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	7	caso violencia		

95	1	0	0	1	1	1	0	4	1	1	0	1	0	3	1	1	1	3	0	0	0	1	0	1	11	violencia no severa		
96	0	1	1	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	3	1	1	1	3	1	1	0	0	0	2	10	violencia no severa		
97	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	7	caso violencia		
98	1	0	0	1	1	0	0	3	1	1	1	1	0	4	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	10	violencia no severa		
99	0	1	0	1	1	1	0	4	1	1	0	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	0	4	15	violencia severa		
100	1	1	0	1	1	1	0	5	1	1	0	1	1	4	1	1	1	3	1	0	0	0	0	1	13	violencia severa		
101	0	1	0	1	1	0	0	3	1	1	0	1	0	3	1	1	1	3	1	1	0	1	0	3	12	violencia severa		
102	1	1	0	1	1	0	0	4	1	1	1	0	0	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	9	caso violencia		
103	0	1	0	1	1	1	0	4	1	1	1	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	9	caso violencia		
104	1	0	0	1	1	0	0	3	1	1	1	0	1	4	1	1	1	3	0	1	0	0	0	1	11	violencia no severa		
105	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	1	1	3	1	0	0	1	0	2	8	caso violencia		

VARIABLE 2: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

	Ítems en el instrumento																sumatoria		VALORES DE SEVERIDAD		
	FACTOR AFECTIVO					F. INTELLECTUAL	FACTOR CONDUCTUAL														
Encuestados	1	2	3	4		5		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
1	1	1	0	1	3	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	4	7	sintomas no tept
2	1	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	5	9	sintomas tept no severo
3	1	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	4	6	sintomas no tept
4	1	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	6	9	sintomas tept no severo
5	1	1	1	1	4	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	5	10	sintomas tept severo
6	1	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	sintomas no tept
7	1	1	1	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	4	8	sintomas tept no severo
8	1	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	5	9	sintomas tept no severo
9	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4	6	sintomas no tept
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	sintomas no tept
11	1	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	5	9	sintomas tept no severo
12	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	4	sintomas no tept
13	1	1	0	1	3	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	6	9	sintomas tept no severo
14	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3	4	sintomas no tept

SÍNTOMAS NO
TEPT
0 - 7.9
SÍNTOMAS TEPT
NO SEVERA

																						8 - 9.5 SÍNTOMAS TEPT SEVERA 9.6 - 16	
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	2		sintomas no tept		
16	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3		sintomas no tept		
17	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2		sintomas no tept		
18	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	7		sintomas no tept		
19	1	1	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	5		sintomas no tept		
20	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2		sintomas no tept		
21	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3		sintomas no tept		
22	1	1	1	1	4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	13		sintomas tept severo	
23	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	4		sintomas no tept		
24	1	1	1	1	4	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4	8		sintomas tept no severo		
25	1	1	0	1	3	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	4	7		sintomas no tept		
26	1	1	1	1	4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	7	12		sintomas tept severo		
27	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2		sintomas no tept		
28	1	1	0	1	3	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3	6		sintomas no tept		
29	1	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	5		sintomas no tept		
30	1	1	0	1	3	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	6	10		sintomas tept severo		
31	0	1	1	1	3	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	7	10		sintomas tept severo		
32	1	1	0	1	3	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	6		sintomas no tept		
33	1	1	0	1	3	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	6	9		sintomas tept no severo		
34	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2		sintomas no tept		
35	1	1	0	1	3	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	5	8		sintomas tept no		

57	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	sintomas no tept		
58	0	1	0	1	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	6	9	sintomas tept no severo		
59	1	1	0	1	3	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	5	8	sintomas tept no severo			
60	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	5	sintomas no tept		
61	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	sintomas no tept		
62	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	3	3	sintomas no tept		
63	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	sintomas no tept		
64	1	1	0	1	3	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4	8	8	sintomas tept no severo		
65	1	1	1	0	3	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3	6	6	sintomas no tept		
66	0	1	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	sintomas no tept		
67	0	1	0	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	8	11	11	sintomas tept severo		
68	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	5	5	sintomas no tept		
69	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	3	3	sintomas no tept		
70	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	sintomas no tept		
71	1	1	0	1	3	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	5	8	8	sintomas tept no severo		
72	1	1	1	1	4	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	5	9	9	sintomas tept no severo		
73	1	1	0	1	3	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4	7	7	sintomas no tept		
74	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	4	sintomas no tept		
75	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	2	sintomas no tept		
76	1	1	0	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	10	10	sintomas tept severo		
77	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	sintomas no tept		
78	1	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	6	10	10	sintomas tept severo		

79	1	1	1	0	3	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	7	10	sintomas tept severo		
80	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4	6	sintomas no tept		
81	1	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	sintomas no tept		
82	1	1	0	1	3	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4	7	sintomas no tept		
83	0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	sintomas no tept		
84	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	6	sintomas no tept		
85	1	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	5	sintomas no tept		
86	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	sintomas no tept		
87	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	4	sintomas no tept		
88	1	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	sintomas no tept		
89	1	1	0	1	3	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	6	sintomas no tept		
90	1	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	6	8	sintomas tept no severo		
91	1	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	6	10	sintomas tept severo		
92	1	1	0	1	3	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	5	8	sintomas tept no severo		
93	1	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	6	10	sintomas tept severo		
94	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3	5	sintomas no tept		
95	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	6	8	sintomas tept no severo		
96	1	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	6	10	sintomas tept severo		
97	1	1	0	1	3	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	5	9	sintomas tept no severo		
98	1	1	0	1	3	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	4	8	sintomas tept no severo		
99	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	8	12	sintomas tept severo		
100	1	1	0	1	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	6	9	sintomas tept no		

ANEXO 5

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

Nuevo Chimbote, 08 de junio del 2019.

DRA.
JESUS CORINA TORRES APAZA
MÉDICO JEFE DE LA DIVISIÓN MÉDICO LEGAL II SANTA.

Presente. -

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez comunicarle que la estudiante Bach. SAQUINAULA SALGADO, MILAGROS ARLENE estudiante del III ciclo de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de nuestra casa de estudios, solicita que por intermedio de su despacho se pueda facilitar su autorización para la aplicación de su instrumento de investigación a las usuarias de su representada, a fin de complementar la información para su trabajo de investigación titulado: **“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN PERITADAS ATENDIDAS EN LA DIVISIÓN MÉDICA LEGAL II CHIMBOTE, 2019.”**

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar el testimonio de mi especial consideración, quedo de usted.

Atentamente,

Dra. Jesús Corina Del Rosario Torres Apaza
MÉDICO JEFE DE LA UML II SANTA
CMP: 063251



Dra. Rosa María Salas Sánchez
JEFA DE LA ESCUELA DE POSGRADO
UCV CHIMBOTE

CAMPUS CHIMBOTE
Mz. H LT. 1 Urb. Buenos Aires
Av. Central Nuevo Chimbote
Tel.: (043) 483 030 Anx.: 4000

fb/ucv.peru
@ucv_peru
#saliradelante
ucv.edu.pe

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr (a). Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es Milagros Arlene Saquinaula Salgado, estudiante de la Maestría Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo-Chimbote. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre: “Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres atendidas en la División Médico Legal II de Chimbote, 2019”, y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración.

De aceptar participar en la investigación, afirmo haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga algunas dudas con respecto a las preguntas, se le explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración. Atte. Milagros Arlene Saquinaula Salgado. Estudiante de la MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD EN LA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO.

Yo,.....
, con DNI N°acepto participar en la investigación de la Srta.
.....

Día:/...../.....

.....
Firma

ANEXO 6

ARTÍCULO CIENTÍFICO

1. TÍTULO

Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres atendidas en la División Médico Legal II de Chimbote, 2019.

2. AUTORA:

Milagros Arlene Saquinaula Salgado -Correo: milita.ss.peru@gmail.com -Maestrante en Gestión de los Servicios de la Salud de la U. César Vallejo, Chimbote. - Realizado: 09-08-2019, Perú.

3. RESUMEN:

Esta investigación se efectuó en relación de la Violencia de Género (VG) y el Trastorno Estrés Postraumático (TEPT). La muestra que se tomó fue de 105 mujeres, de una población de 226 que fueron atendidas en la División de Medicina Legal II de Chimbote, durante el período de abril a junio del año 2019. Para calcular la relación de ambas variables tanto en la VG como en el TEPT, se tomaron dos cuestionarios; que son: el Cuestionario de medición de violencia de género en la relación de pareja que constó de 20 ítems y el Cuestionario sintomatológico del trastorno de estrés postraumático que constó de 16 ítems. En los resultados estadísticos la significancia fue menor de 0,05, lo que demostró una asociación muy significativa entre la VG y el TEPT. A su vez, el estudio evidenció que existe entre ellas una relación significativa y directamente proporcional. Es decir, a mayor grado de VG, mayor riesgo de TEPT en pacientes atendidas.

4. Palabras clave: Violencia de género, trastorno de estrés postraumático, mujeres.

5. ABSTRACT:

This research was carried out in relation to Gender Violence (VG) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). The sample that was taken was 105 women, from a population of 226 who were treated in the Division of Legal Medicine II of Chimbote, during the period from April to June of the year 2019. To calculate the relationship of both variables both in the VG as in the PTSD, two questionnaires were taken; which are: The Gender Violence Measurement Questionnaire in the couple relationship that consisted of 20 items and the

Symptomatological Questionnaire of PTSD that consisted of 16 items. In the statistical results the significance was <0.05 , which demonstrated a very significant association between VG and PTSD. In turn, the study showed that there is a significant and directly proportional correlation between them. That is, the higher the degree of VG, the greater the risk of PTSD in patients treated.

6. Keywords: Gender violence, posttraumatic stress disorder, women.

7. INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que un tercio de las mujeres de la población a nivel mundial han sufrido de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja sentimental (Marthur et al., 2018, p.2). En nuestro país, Ramos (2017, p.3.), refiere que en las estadísticas de la Policía Nacional del Perú (2010) se registraron 100,800 denuncias de mujeres por violencia de pareja y familiar en ese año, donde 90, 994 casos, que corresponde al 98,28%, la violencia contra la mujer tuvo su origen en un problema de violencia conyugal; con 33, 539 casos equivalentes a un 33,27%, que fueron provocados ya sea por el conviviente o por el esposo. Los reportes de la División Médico Legal (DML) II de Chimbote, donde se atienden los casos de lesiones por violencia familiar contra la mujer y los integrantes del grupo familiar de los distritos de Chimbote, Santa, Coishco, Samanco, Nepeña, Moro, San Jacinto, Pallasca y Conchucos, indican que en el 2018 los casos presentados fueron de 755 y en el primer trimestre del 2019 fueron 374 casos, entre los 18 a 59 años de edad, donde aproximadamente un 85 % de estos casos son por violencia familiar específicamente ocasionados por la pareja o expareja sentimental. De todos estos casos son pocas las peritadas que han recibido atención psiquiátrica por un especialista. En cuanto al TEPT, en una revisión sistemática de varias literaturas, que incluye 75 estudios publicados entre los años 2006 y 2012, se concluyó que la violencia ejercida por la pareja sentimental, está asociado al desarrollo del TEPT y otras patologías mentales, además de generar problemas en la salud física (Matos y Goncalves, 2019, p.37), y de influir de manera directa en la calidad de vida y en la salud mental de las mujeres que la padecen (Cobo et al., 2010).

Jones, Hughes y Unterstaller (2001) realizaron un estudio de investigación con el objetivo de determinar la correlación de la violencia doméstica y el TEPT, concluyendo que los síntomas de las mujeres maltratadas son consistentes con los síntomas de TEPT, donde la intensidad, duración y percepción de la experiencia de agresión son factores significativos

en la gravedad de los síntomas de TEPT, (p.99). Silove, Backer, Mohsin et al. (2017), evaluaron las diferencias de género en una amplia gama de dominios de trauma, que incluyen la exposición a un trauma de por vida, la identificación de un índice de trauma y la probabilidad de desarrollar síntomas de TEPT, concluyendo que una exposición mayor de las mujeres a la VG contribuye a su vez a una mayor prevalencia de TEPT (p.1). Olaya, Alonso, Atwoli, Kessler, Vilagut y Haro (2015), realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la epidemiología del trauma y el TEPT en una muestra de la comunidad española, cuyos resultados fueron que la muerte inesperada de alguien cercano (36,4%) y la agresión sexual tuvo mayor riesgo condicional de TEPT (17,2%) y ser mujer se relacionó con un alto riesgo de TEPT después de experimentar un evento traumático (p.172).

Según Inchaurredo (2011) el origen de la violencia estaría enmarcada en tres teorías fundamentales: la del aprendizaje social, la del apego y la teoría del feminismo o teoría del “género” (p.38). Existen además otras teorías que tratan de explicar la tendencia de algunas mujeres de mantenerse en una relación violenta, que es la teoría de la indefensión o desesperanza aprendida y la otra teoría que es la Walker o ciclo de la violencia (Ramos, 2017, p.14). El en TEPT se determinaron tres enfoques teóricos principales: la teoría basada en la respuesta, la basada en el estímulo, la cual fue desarrollada por Holmes y Rahe (1967), y la teoría basada en la interacción, que está representada por Lazarus y Folkman (1984), (Castro, 2011, p.41). Otra teoría que condiciona el diagnóstico de TEPT es la existencia de un síntoma de reexperimentación (Santrandreu, 2014, p.20).

Walby, Towers, Balderston et al. (2017), nos dicen que el concepto de “violencia” se extiende más allá de lo físico, para abarcar muchas formas de poder y daño, sumergiéndose en las nociones de “abuso” y “coerción” (p.4). Dentro de los tipos de violencia doméstica contra la mujer por su pareja se consideran: la violencia psicológica o emocional: se considera como abuso verbal y no verbal, se incluye en este tipo de violencia el de aislar a la víctima para que no socialice con amigos ni familiares, el acoso y la humillación pública y privada. El otro tipo de violencia es la física: la cual involucra el contacto destinado a causar lesiones corporales, mediante golpes, empujones u otro tipo de contacto corporal, que generan dolor e intimidación y que pueden generar la muerte de la agraviada; también está la violencia sexual: en la que se degrada y abusa de la víctima en relación con el acto sexual, lo cual en muchos casos soportan en silencio, rindiendo tributo a normas sociales que esta cree y la violencia económica: en la que el varón tiene el control sobre los

recursos económicos y no le permite a la mujer acceder a ellos (Nelson y Olokungboye, 2018, p.2). El TEPT engloba dos conceptos fundamentales: “Estrés” que proviene del latín “stringere”, que significa provocar tensión, y “trauma” que significa herida y se vincula directamente con los desastres, y esto asociado al trauma psíquico, lo condiciona a la presencia de un evento traumático, el cual fue definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida, como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental, que afectará a la persona provocando miedo, terror y desesperanza (Carvajal, 2002), y donde para este mismo autor, la serie de los Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), de la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en relación a los síntomas del TEPT, específicamente en la DMS-III se incorporó la categoría de TEPT como tal estableciéndose criterios diagnósticos e identificó dos subtipos: el TEPT agudo y el crónico. Entre los criterios diagnósticos aparecieron las tres áreas sintomáticas que caracterizan al TEPT, que son el reexperimentar la vivencia del trauma, las conductas de evitación y el estado de híperalerta, ya en la cuarta versión, DSM-IV en 1994, agregó un nuevo criterio, que los síntomas debían provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la actividad del individuo, y en el DSM-V (2003), se agregó otros criterios, el afecto negativo o comportamiento imprudente y trauma fuera de la experiencia humana habitual (p.14).

Es así que al constituir la violencia de género un evento traumático, nos preguntamos ¿Existe relación entre la violencia de género (VG) ocasionados por la pareja o ex pareja sentimental, en las mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el año 2019, con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT)? ¿Requerirán los casos asociados de una atención especializada?, razón por la cual se plantea esta investigación.

8. MÉTODO:

El tipo de investigación que se realizó fue correlacional; y el diseño usado fue no experimental, transversal y correlacional.

Población: Se obtuvo un promedio de 226 mujeres que pudieron ser atendidas por violencia familiar en la DML II de Chimbote, en los meses de abril a junio del año 2019.

Muestra: Se tomó 143 mujeres del total de la población.

Muestreo: no probabilístico, por lo cual el tamaño real de la muestra se midió teniendo en cuenta los criterios de inclusión que fueron: mujeres entre 18 a 59 años de edad y que hayan sido atendidas, al menos una vez, por violencia familiar en la DML II de Chimbote; y los criterios de exclusión: mujeres atendidas por violencia familiar, específicamente violencia que no haya sido ocasionada su pareja o ex pareja sentimental, en la DML II de Chimbote, no querer participar de manera voluntaria (no firmar el consentimiento informado) y dejar los cuestionarios en blanco o mal resueltos, por lo que finalmente la muestra quedó en 105 mujeres, pues se retiraron del estudio un total de 38 mujeres: (25) que fueron atendidas por casos de violencia familiar ocasionados por otros miembros de la familia que no fue la pareja ni ex pareja sentimental, (8) que no quisieron participar voluntariamente pues consideraron sentirse expuestas al participar, y (5) que no respondieron adecuadamente el cuestionario pues dejaron preguntas sin contestar.

Técnica: cuantitativa de encuesta.

Instrumento: cuestionario para cada variable, realizándose una prueba piloto a 20 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, con la finalidad de identificar y eliminar los posibles problemas de elaboración de cuestionario, calculando además el tiempo necesario para poder responderlo.

Variable 1 (VG): Validez y confiabilidad: La elaboración de indicadores o ítems, fue mediante el instrumento de Escala de Violencia (EV), Valdez et al., (2006, p.223) que tiene una confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.99, lo que indica una consistencia interna muy alta para esta escala. Además, construyó el Índice de Severidad de la Violencia de Pareja (ISVP), con el cálculo de peso para cada ítem y la generación de la variable que mide la severidad para cada tipo de violencia; para luego concluir que, los tipos de corte a considerar para indicador fue:

- De cero a un valor por debajo de la media se consideró como “no caso”.
- Por arriba de la media se consideró como “no caso”.
- Por arriba de la media más una desviación estándar, se consideró “violencia severa”.

Es así que, el instrumento aplicado en este estudio constó de 20 ítems, divididos en cuatro dimensiones: la primera (violencia física) consta de 7 ítems; la segunda (violencia psicológica) de 5 ítems, la tercera (violencia sexual) de 3 ítems y la cuarta (violencia

económica) de 5 ítems., cuyas respuestas con dicotómicas, con valores de 0 y 1, para análisis mucho más fácil, adaptados al contexto nacional y que pueda ser usado por otros investigadores que se interesen en el tema. Para la validez de contenido del instrumento empleado se realizó la validación con el juicio de expertos, luego se realizó el análisis respectivo con el coeficiente de validación de Aiken, siendo el resultado un coeficiente de 0.99, por lo que es válida. Para la confiabilidad, después de aplicar la prueba piloto a 20 mujeres de la muestra en estudio, con las respuestas obtenidas de los 20 ítems, se procedió a realizar el análisis de confiabilidad usando el coeficiente de Kuder Richarson, el cual arrojó como resultados: una varianza de aciertos de 12.37 y una sumatoria de $p \times q$ de 3.87, que nos brinda una confiabilidad de 0.72 que según la escala de Vellis es respetable.

Variable 2 (TEPT): Validez y confiabilidad: Para la elaboración de indicadores o ítems, se seleccionaron de tres instrumentos de diferentes autores, que ha demostrado mucha utilidad en el estudio de la sintomatología, diagnóstico y severidad del TEPT, estos son: Cuestionario de Experiencias traumáticas (TQ), creada por Davidson y col., (1990), la cual ha demostrado tener adecuada validez (Bobes et al., 2000, p. 209), la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), de Echeburúa y col., (2016), que ha demostrado buenas propiedades psicométricas, con un Alpha de Cronbach de 0.91 (Echeburúa et al., 2016, p. 114 y p. 124), y la Entrevista de Trauma de Davidson (DTS), elaborado por Davidson et al., (1997), que ha demostrado tener adecuada validez y fiabilidad, con sensibilidad al ámbito clínico (Bobes et al., 2000, p. 209 y Villafañe et al., 2003, p.85). El cuestionario final empleado en esta investigación quedó dividido en tres dimensiones, donde en la primera dimensión (factores afectivos) se realizaron 4 ítems, para la segunda dimensión (factor intelectual) se realizó 1 ítem, y para la tercera dimensión (factores conductuales) se realizaron 11 ítems, para un total de 16 ítems para toda la variable. La validez de contenido, se hizo mediante el juicio de expertos (ídem variable 1), aplicándose para el análisis el coeficiente de validación de Aiken, donde se obtuvo un resultado de 0.99, por lo que es válido. En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente de Kuder Richarson, dio como resultados: una varianza de aciertos de 8.48 y una sumatoria $p \times q$ de 2.73, que nos arrojó un valor de 0.72, que de acuerdo a la confiabilidad según la escala de Vellis se considera como respetable.

Procedimientos: Se brindó dos cuestionarios: Cuestionario de medición de la violencia de género (CMVG), que busca identificar el grado de severidad de la VG en mujeres que han

sido violentadas por su pareja o ex pareja sentimental; y el Cuestionario sintomatológico del trastorno de estrés postraumático (CSTEPT) que busca identificar la presencia o ausencia de síntomas que condicionen a padecer de TEPT en éstas mismas participantes. Se estableció un tiempo de 10 minutos para el desarrollo de cada cuestionario.

Método de análisis de datos: Se utilizó formato SPSS versión 25 con el coeficiente de correlación de Pearson, para determinar el nivel de correlación, objetivo de nuestro estudio.

9. RESULTADOS:

Tabla 1:

Identificación del grado de violencia de género (VG) ocasionado por la pareja o ex pareja sentimental en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019

NIVEL	VIOLENCIA DE GENERO	
	f	%
CASO VIOLENCIA	59	56,2
VIOLENCIA NO SEVERA	21	20,0
VIOLENCIA SEVERA	25	23,8
TOTAL	105	100,0

Se observa que la mayor frecuencia de casos fue de CASO VIOLENCIA, en relación al total de la muestra, lo que es interpretado como la presencia de violencia por debajo de aquellos casos no severos, ósea son mujeres que han experimentado uno o dos indicadores por cada dimensión de la variable VG, pero hay un 23, 8 % de casos considerados VIOLENCIA SEVERA dentro de la muestra evaluada, que nos dice que presentaron más de la mitad de los indicadores evaluados.

Tabla 2:

Identificación de la presencia y severidad de los síntomas para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

NIVEL	TRASTORNO	DE	ESTRÉS
	POSTRAUMÁTICO	f	%
SÍNTOMAS NO TEPT	65		61,9
SÍNTOMAS TEPT NO SEVERO	25		23,8
SÍNTOMAS TEPT SEVERO	15		14,3
Total	105		100,0

Podemos ver, que el mayor nivel de frecuencia fue de los casos que presentan SÍNTOMAS NO TEPT, pero un 40 % del total presentaría síntomas que pudieran orientarnos a un diagnóstico de TEPT, con 15 casos de mayor gravedad.

Tabla 3:

Análisis de correlación entre las cuatro dimensiones de la VG y de cada una de las dimensiones con la variable TEPT, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

Correlación de Pearson	1	2	3	4	5
VIOLENCIA FÍSICA (VF)					
VIOLENCIA PSICOLÓGICA (VP)	,440**				
Sig. (bilateral)	,000				
VIOLENCIA SEXUAL (VS)	,340**	,351**			
Sig. (bilateral)	,000	,000			
VIOLENCIA ECONÓMICA (VE)	,408**	,321**	,232*		
Sig. (bilateral)	,000	,001	,017		
TEPT	,360**	,494**	,300**	,222*	
	,000	,000	,002	,023	

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

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Podemos observar que: Existe una significancia $< 0,01$ entre VF y VP, VF y VS, VS y VP, VF y VE, VP y VE, el TEPT y la VF, el TEPT y la VP, y el TEPT y la VE, por lo que existe una relación muy significativa entre los grupos analizados; y existe una significancia

<0,05 entre la VS y VE, y el TEPT y la VE, por lo tanto, existe una relación poco significativa entre estos grupos analizados.

Tabla 4:

Análisis de correlación entre las tres dimensiones del TEPT y de cada una de las dimensiones con la variable VG, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

Correlación de Pearson	1	2	3	4
FACTORES AFECTIVOS (FA)				
FACTOR INTELECTUAL (FI)	,107			
Sig. (bilateral)	,279			
FACTORES CONDUCTUALES (FC)	,557**	,337**		
Sig. (bilateral)	,000	,000		
VG	,423**	,070	,434**	
Sig. (bilateral)	,000	,476	,000	

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

Podemos observar que: existe una significancia <0,01 entre el FA y el FC, el FI y el FC, la VG y el FA, y la VG y el FC, por lo tanto, existe una relación muy significativa entre los grupos analizados; y existe una significancia >0,05 entre el FA y el FI, y la VG y el FI, por lo tanto, no existe relación estos grupos analizados.

Tabla 5:

Análisis de correlación entre la variable VG y variable TEPT, en mujeres atendidas en la DML II de Chimbote en el 2019.

Correlación de Pearson	1	2
TEPT		
VG	,413**	
Sig. (bilateral)	,000	

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

Podemos observar que: Existe una significancia $<0,01$ entre el TEPT y la VG (moderada correlación), por lo tanto, existe una relación muy significativa entre ambas variables analizadas.

10. DISCUSIÓN:

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio de investigación, y habiendo realizado una comparación con los resultados encontrados en otros estudios relacionados, se puede señalar que: un 23,8% de los casos de violencia de género, presentan un cuadro de violencia severa, ósea, mujeres que han referido tener más de la mitad de los indicadores planteados en el cuestionario y haber experimentado más de dos tipos de violencia. Un 40% de ellas presentaron síntomas significativos que nos puede orientar a la presencia de un TEPT, donde el 15% tiene mucha más probabilidad por la severidad de los síntomas, por lo que debemos decir que son mujeres que han referido más afectación en dos o más de los factores o dimensiones de estudio. El TEPT y la VP presentan una significativa relación, y esto concuerda con la investigación realizada por Olaya, Alonso, Atwoli, Kessler, Vilagut y Haro (2015), que encontraron que la muerte inesperada de alguien cercano (afectación psicológica) podría desencadenar un TEPT, lo que concuerda también con lo planteado por Carvajal, 2011, que determinó mediante su investigación que más allá que una persona haya experimentado un evento traumático, constituye como un estresor el que un sujeto haya presenciado o incluso solo le hayan relatado una experiencia traumática, especialmente de alguien con quien haya un vínculo afectivo importante, para que este hecho actúe como facilitador del TEPT. También se pudo encontrar una relación significativa entre la presencia de VG con la presencia de sintomatología a nivel del factor afectivo, lo que significa que a mayor grado de violencia contra la mujer mayor presencia de sintomatología en campo afectivo-emocional, y aunque en menor grado, pero también hubo aumento de la sintomatología en el nivel conductual o de reacción fisiológica. Lo que estaría muy relacionado con la teoría planteada por Selye sobre el origen del TEPT, y con la teoría basada en el estímulo, desarrollada por Holmes y Rahe en 1967, la cual considera que cuando ciertas condiciones ambientales generan cambios en el organismo y estos sobrepasar el límite, el estrés se convierte en intolerable y aparecen alteraciones fisiológicas y psicológicas. Finalmente, también se encontró una correlación significativa entre las variables VG y el TEPT, la cual es directamente proporcional, lo que se interpretaría que a mayor nivel de violencia de género, mayores son los síntomas que nos

orientan al diagnóstico del TEPT en este grupo de mujeres encuestadas, lo que es sustentado por Jones, Hughes y Unterstaller (2001), al determinar que los síntomas de las mujeres maltratadas que entrevistaron eran compatibles con el desarrollo del TEPT, también Silove, Backer, Mohsin y col., (2017), en el estudio que hicieron concluyeron que una mayor exposición de las mujeres a sufrir VG contribuye a que exista una mayor prevalencia de TEPT.

11. CONCLUSIONES:

Se encontró relación directamente proporcional entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático en las mujeres adultas atendidas en la DML II de Chimbote, en los periodos de abril a junio del año 2019, lo que se significa que a mayor exposición a la VG mayor será la probabilidad de que presenten TEPT. Se encontró que 59% de los casos presentan un grado de violencia leve, pero un número significativo igual presentan un grado de severidad de violencia preocupante, y cuyo origen proviene de la persona con la cual conviven o convivieron alguna vez, Se determinó que un 40% de las mujeres, han desarrollado un importante grupo de síntomas que incrementan la severidad del cuadro con mayor probabilidad de desarrollar un TEPT. También se ha encontrado que, de los dos tipos de violencia más reportados por las encuestadas, es la violencia psicológica la que más determinaría la severidad de los síntomas que pueden conducir al TEPT en estas mujeres violentas; y se determinó que existe una relación significativa entre el factor afectivo con la violencia de género, ya que muchas de las encuestadas refirieron mayor afectación a nivel afectiva-emocional después de haber experimentado la violencia por parte de su pareja o expareja sentimental.

12. REFERENCIAS

- Blanco P., Ruiz C., García L. y Martín M. (2004). La Violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, vol. 18 (1). España. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13062524>
- Bobes J. Calcedo A., García M., Francois M., Rico F., González M., Bascarán M. y Bousoño M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas de especialidades psiquiátricas*, vol. 28(4). España.

Recuperado de: https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2000_Bobes_Evaluacion.pdf

Carvajal C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*, vol.40, supl. 2. Chile. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179227200200060003

Carvajal C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, vol.49 (3), Chile. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527726001>

Castro S. (2011). Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género (Tesis doctoral). Recuperada de: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/51490#page=1>

Cobo J., Muñoz R., Martos A., Carmona M., Pérez M., Cirici R. y García G. (2010). Violence Against Women in Mental Health Departments: is it Relevant for Mental Health Professionals? *Revista de psiquiatría y salud mental* 3(2). España. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-486-pdf-S217350501070011X>

Cueva K. y Julca D. (2015). Tipos de violencia por parte de la pareja de mujeres que acuden a un establecimiento de salud de Chiclayo (tesis para bachillerato). Chiclayo. Disponible en: <http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/101>

Echeburúa E., Amor P., Sarasua B., Zubizarreta I., Holgado F. y Muñoz J (2016). Escala de gravedad de síntomas de revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, vol. 34(2). España. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art04.pdf>

Inchaurrondo A. (2011). Necesidades socioeducativas en la adolescencia sobre la violencia de género: propuesta educativa (tesis doctoral). Recuperado de: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/482088/01.AMI_1de7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Jones L., Hughes M. y Unterstaller U. (2001). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence: A Review of the Research. Artículo de la revista *Journal Home*, vol.2. Universidad de San Diego, Estados Unidos. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524838001002002001>
- Marthur S., Okal J., Musheke M., Pilgrim N., Kishor S., Bhattacharya., Jani N., Matheka J., Banda L., Mulenga D., Pulerwitz J. (2018). High rates of sexual violence by both intimate and non-intimate partners experienced by adolescent girls and young women in Kenya and Zambia: Findings around violence and other negative health outcomes. *PLoS ONE* 13(9), USA. Recuperado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203929>
- Matos M. y Goncalves M. (2019). Sleep and women intimate partner victimization: prevalence, effects and good practices in health care settings. *Sleep Science*, vol.12(1). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6508940/pdf/ssci-12-01-0035.pdf>
- Nelson A. y Olokungboye S. (2018). Domestic violence against women: An overview. *Journal of Family & Adoption Law*, vol.1(1). Nigeria. Recuperado de: <http://lawjournals.stmjournals.in/index.php/jfal/article/view/73/68>
- Olaya B., Alonso J., Atwoli L., Kessler R., Vilagut G. y Haro M. (2014). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol.24(2). España. Recuperado en: <https://doi.org/10.1017/S2045796014000092>
- Ramos, G. (2017). Depresión y violencia de género en mujeres que participan del vaso de leche, Ancón 2017 (Tesis de bachiller), Lima. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11345/Ramos_GGG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Santandreu M. (2014), Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en víctimas de violencia de género (tesis doctoral). Recuperado de: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/287519/tmsolde1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Silove D., Baker J., Mohsin M., Teesson M., Creamer M., O'Donnell M., Forbes D., Carragher N., Slade T., Mills K., Bryant R., McFarlane A., Steel Z., Felmingham K. y Rees S. (2017). The contribution of gender-based violence and network trauma to gender differences in Post-Traumatic Stress Disorder. *PLoS ONE* 12(2). Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0171879>
- Valdez R., Hajar M., Salgado N., Rivera L., Ávila L. y Rojas R. (2006). Escala de la violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública*, vol. 48 (2), México. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2006.v48suppl2/s221-s231/es>
- Villafañe A., Milanesio M., Marcellino C. y Amodei C. (2003). La evaluación de Trastorno de Estrés Postraumático: Aproximación a las propiedades Psicosométricas de la escala de trauma de Davidson. *Laboratorio de Educación Psicológica y educativa*, vol.3 (1), Argentina. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/608/577>
- Walby S., Towers J., Balderston S., Corradi C., Francis B., Heiskanen M., Helweg K., Mergaert L., Olive P., Palmer E., Stockl H. y Strid S. (2017). The concept and measurement of violence against women and men. Recuperado de: <https://www.oapen.org/download?type=document&docid=623150>

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Yo, Milagros Arlene Saquinaula Salgado, estudiante (x), del Programa Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI 43271550, con el artículo titulado

“Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres atendidas en la División Médico Legal II de Chimbote, 2019”

Declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiado; es decir, no ha sido publicado ni presentado anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Chimbote, Agosto 2019



Milagros Arlene Saquinaula Salgado

DNI N°43271550

PANTALLAZO DE TURNITIN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SEVICIOS DE LA SALUD

Estrés postraumático y violencia de género en mujeres atendidas en la División Médico Legal de Chimbote, 2019.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
Gestión de los servicio de la salud

AUTORA:

Br. SAQUTNAULA SALGADO, Milagros Arlene (ORCID: 0000-0003-0699-3413)

ASESOR:

Dr. CASTILLO SAAVEDRA, Ericson Félix (ORCID: 0000-0002-9279-7189)

Resumen de coincidencias

24 %

1	www.tdx.cat Fuente de Internet	3 %
2	scielo.conicyt.cl Fuente de Internet	2 %
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
4	www.saludpublica.mx Fuente de Internet	1 %
5	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	1 %
7	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %

39

Número de palabras: 12329

Text-only Report

High Resolution

Activado





ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : P06-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo, **CASTILLO SAAVEDRA, ERICSON FEUX** docente del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo de la sede/filial Chimbote revisor de la tesis titulada:

"Estrés postraumático y violencia de género en mujeres atendidas en la División Médico Legal de Chimbote, 2019", de la estudiante **SAQUINAULA SALGADO, MILAGROS ARLENE**, constato que el informe final del trabajo de investigación tiene un índice de similitud de 24% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chimbote, 03 de agosto 2019



CASTILLO SAAVEDRA, ERICSON FEUX

DNI: 40809471

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

AUTORIZACIÓN A REPOSITORIO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Sequinola, Selgado Milagros Arlene

D.N.I. : 42271550

Domicilio : Jr. Machuca, P. Jaran, 3 de Junio, N.º 2, Lt. 20

Teléfono : Fijo : Móvil 976279285

E-mail : milita_93_pera@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Post Grado

Maestría Doctorado

Grado : Maestría

Mención : Gestión de los Servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Sequinola, Selgado Milagros Arlene

Título de la tesis:

Estrés post-traumático y violencia de género en mujeres
atendidas en la División Médica Legal de Chumbabamba, 2019

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : 

Fecha : 11-03-2019

ACTA DE AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE
INVESTIGACIÓN DE
LA ESCUELA DE POSGRADO FILIAL CHIMBOTE

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
SAQUINAULA SALGADO, MILAGROS ARLENE

INFORME TITULADO:

**Estrés postraumático y violencia de género en mujeres atendidas
en la División Médico Legal de Chimbote, 2019.**

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

SUSTENTADO EN FECHA: 11 de agosto del 2019

NOTA O MENCIÓN: *Aprobado por unanimidad*



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Edwin López Robles