



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Síntomas psicopatológicos en mujeres víctimas de violencia

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Viky Soledad Alayo Rodríguez (ORCID: 0000-0002-0448-1150)

Rosa Milagros Gómez Aranda (ORCID: 0000-0003-2967-4706)

ASESORES:

Mg. Henry Santa Cruz Espinoza (ORCID: 0000-0002-6475-9724)

Dra. Virginia Rosemary Guerrero Carranza (ORCID: 0000-0002-1230-1172)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

Trujillo – Perú

2020

Dedicatoria

A las mujeres del centro poblado Alto Trujillo quienes con su humildad fueron mi motivaron, inspiración y fortaleza para realizar esta investigación.

Viky

En especial a mi madre y hermana quienes siempre han estado conmigo; brindándome su apoyo incondicional, por su amor, comprensión y paciencia. Dedicado para ellas con mucho amor.

Rosa

Agradecimiento

A Dios por siempre estar presente y darnos fuerza para seguir, a los asesores que han estado apoyándonos con esmero y paciencia desde el inicio de nuestra formación.

A nuestra familia quienes nos demostraron su apoyo y siempre nos impulsaron a seguir adelante a pesar de las adversidades.

PÁGINA DEL JURADO

PÁGINA DEL JURADO

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Alayo Rodríguez Viky Soledad, identificado con el DNI 46051337, en efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología:

Declaramos bajo juramento que toda la documentación, datos e información que acompañan la tesis: "Síntomas Psicopatológicos en mujeres víctimas de violencia" son veraces y auténticos.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.



Viky Soledad Alayo Rodríguez

Nombres y Apellidos


DNI N°: 46051337

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Gómez Aranda Rosa Milagros, identificado con el DNI 70364087, en efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología:

Declaramos bajo juramento que toda la documentación, datos e información que acompañan la tesis: “Síntomas Psicopatológicos en mujeres víctimas de violencia” son veraces y auténticos.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.



Rosa Milagros Gómez Aranda
Nombres y Apellidos
DNI N°: 70364087

Índice

	Pág
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del jurado.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	vi
Índice.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. Introducción.....	1
II. Método.....	5
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	5
2.2. Operacionalización de variables.....	5
2.3. Población, muestra y muestreo.....	6
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	7
2.5. Procedimiento.....	9
2.6. Método de análisis de datos.....	9
2.7. Aspectos éticos.....	10
III. Resultados.....	11
IV. Discusión.....	14
V. Conclusiones.....	18
VI. Recomendaciones.....	18
Referencias.....	19
Anexos.....	25

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las diferencias en los síntomas psicopatológicos entre mujeres víctimas y no víctimas de violencia del centro poblado Alto Trujillo. Es de tipo transversal, con un diseño descriptivo comparativo con un muestreo no probabilístico. La muestra estuvo conformada por 309 mujeres, 155 víctimas y 154 no víctimas de violencia. Para obtener los datos, se utilizó la ficha de tamizaje VIF, creado por el Ministerio de salud y el SCL90-R creado por Derogatis. Los resultados obtenidos entre víctimas y no víctimas de violencia indicaron diferencias altamente significativas en las 9 dimensiones y los 3 índices globales, con un tamaño de efecto mediano. La sintomatología que más exteriorizan las mujeres víctimas son somatizaciones que incluye alteraciones musculares, respiratorias y gastrointestinales. También se caracterizan por presentar pensamientos y conductas obsesivas inadecuadas difíciles de evitar, generando intensa angustia. De igual forma evidencian sentimientos de inferioridad, timidez y vergüenza. También se encontraron síntomas depresivos caracterizados por falta de energía, desesperanza, desánimo, ideas destructivas. De igual forma manifiestan estados de irritabilidad, agresividad y resentimiento. De igual manera muestran síntomas de ansiedad fóbica como miedos persistentes e irracionales generalmente a una situación, persona u objeto. También presentan sintomatología de conductas paranoides tales como pensamientos de suspicacia, ideación delirante. Se caracterizan también por presentar pensamientos y sentimientos de estado de soledad, control de pensamiento y alucinaciones. Así también el índice global de severidad de los síntomas demuestra la intensidad de la sintomatología de las mujeres víctimas, a comparación de las que no lo son.

Palabras clave: Sintomatología psicopatológica, violencia psicológica, física y sexual.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the differences in psychopathological symptoms between female victims and non-victims of violence in the center of the village of Alto Trujillo. It is cross-sectional, with a comparative descriptive design with non-probabilistic sampling. The sample consisted of 309 women, 155 victims and 154 non-victims of violence. To obtain the data, the VIF evaluation sheet, created by the Ministry of Health and the SCL90-R created by Derogatis, was used. The results obtained between victims and non-victims of violence indicated highly significant differences in the 9 dimensions and the 3 global indices, with an average effect size. The symptomatology that women most victimize are somatizations that include muscular, respiratory and gastrointestinal disorders. They are also characterized by presenting inappropriate obsessive thoughts and behaviors that are difficult to avoid and generate intense anguish. They also show feelings of inferiority, shyness and shame. Depressive symptoms characterized by lack of energy, hopelessness, discouragement, destructive ideas were also found. They also show states of irritability, aggressiveness and resentment. In the same way, they show symptoms of phobic anxiety as persistent and irrational fears in general to a situation, person or object. They also have symptoms of paranoid behaviors such as suspicious thoughts, delusions. They are also characterized by presenting thoughts and feelings of loneliness, thought control and hallucinations. Likewise, the global index of severity of symptoms shows that the psychic and psychosomatic suffering found in female victims is more intense. In comparison with those that are not.

Keywords: Psychopathological symptoms, psychological, physical and sexual violence.

I. INTRODUCCIÓN

Los problemas en la salud mental crecen de manera acelerada afectando en todos los entornos socioeconómicos sin distinción de nacionalidad, sexo, raza y religión (The world bank, 2019). En el Perú tan solo en enero del año pasado existieron 2,364 casos de personas con problemas en salud mental, de los cuales el 70 % son mujeres (Castro, 17 de abril de 2019). A estas cifras se suma el maltrato contra la mujer, entendemos que esto es una problemática grave a nivel mundial, que repercute de manera negativa en la salud física y mental de las mujeres e incluso podría conducir las a la muerte. Según las estadísticas encontradas todas las semanas se registra un caso de feminicidio ocasionado por su ex o actual pareja (Victoria state government, 2019). Y el Perú no es la excepción, puesto que según las estadísticas el año pasado se reportó 168 víctimas de feminicidio, de esto 14 casos fueron de La Libertad (Mohme, 2020). Conjuntamente en la provincia de Trujillo se registraron 4,688 denuncias por maltrato físico y psicológico incluyendo las tentativas de feminicidio. (Delgado, 2017).

El maltrato hacia la mujer es una vulneración a los derechos humanos y una problemática generalizada de salud (Abramsky et al; 2011; World Health Organization, 2018). Ante esta problemática el Estado Peruano en su afán por proteger y valorar los derechos de la mujer ha promulgado leyes, promoviendo la creación de entidades como Centro de emergencia mujer, entre otros grupos de apoyo. Pero esto parece no ser suficiente puesto que la violencia sigue en incremento.

Diversos factores estarían influyendo al incremento de la violencia como la falta de educación, la convivencia a temprana edad, haber sufrido de violencia infantil. Estos factores aumentan el riesgo de ser maltratadas (Abramsky et al; 2011). Pero la falta de educación sería el factor que más incrementa el maltrato a las mujeres, Según el estudio realizado por la World Health Organization (2020) describe que a mayor nivel de educación menor cantidad de casos de violencia existirán y posiblemente las mujeres con más nivel educativo puedan elegir y decidir con más autonomía a una pareja. La falta de educación en la vida de las mujeres tiene consecuencias negativas, puesto que no son autónomas al tomar decisiones en las diversas áreas de su vida además tienen menores oportunidades laborales también posiblemente sea una de las causas de matrimonio infantil (The World bank, 2015). Además, en otro estudio realizado se

observa que las mujeres que tienen menos instrucción educativa tenían más probabilidad de experimentar más situaciones de violencia a comparación con las mujeres que sí tienen mayor nivel educativo (caudillo, Hernández y flores, 2017). Un women (2014) Adhiere “las mujeres maltratadas no podrían alejarse de su pareja por la falta de ingresos económicos propios”. Además, influiría la desigualdad que existe entre hombre y mujer, esto se refleja cuando el varón siente el deseo de dominar a su pareja con un fin egoísta (Goncalves da Silva, 2012).

Las consecuencias pueden ser muchas a causa de la violencia que sufren las mujeres, estas pueden llegar a sufrir secuelas graves en su salud mental reflejada en depresión, estrés postraumático, ansiedad, entre otras. Además, también tienen relación con el trastorno bipolar ansiedad y depresión (Caballero, Alfaro, Núñez y Torres, 2007; García y Riecher, 2013; Mahase, 2019). Amor, Echeburúa, De corral, Sarasua y Zubizarreta (2001) mencionan que las mujeres violentadas tienden a presentar más problemas en salud mental a diferencia de la población general, ocasionando un efecto perjudicial en su calidad de vida y productividad. Debido a esta problemática que enfrentan las mujeres se debería hacer énfasis en la salud mental de mujeres violentadas las cuales pueden estar más afectadas (Instituto nacional de la salud mental, 2012).

Existen investigaciones que demuestran interés por conocer la sintomatología psicopatológica de las mujeres violentadas.

Los estudios demostraron que estas mujeres presentaron características como inestabilidad de ánimo, contactos limitados, irritabilidad, conflictos con su entorno, indecisión, generalizando en ansiedad, depresión y dependencia a sustancias (Makhadiyeva, Slambekova Albytova y Akymbzerk, 2019). También se encontró que estas mujeres se caracterizan por tener personalidad de tipo paranoide (Bellali, Laboudi y Ouanass, 2019; Lara, Aranda, Zapata, Bretones y Alarcón, 2019). Se encontró también que las mujeres violentadas presentaban pensamientos irracionales de querer terminar con su vida además de secuelas de estrés postraumático el cual interfiere en los diversos ámbitos de su vida (Huerta et al. 2014; Echeburúa, Amor, Muñoz, Sarasua y Zubizarreta, 2017 y Velarde, 2015). Al igual que Safranoff (2017) describe que las mujeres víctimas de violencia psicológica presentan más edad, no tuvieron estudios completos y no viven solos por ello tienen relaciones inestables con personas que tienen problemas de alcohol y sufrieron violencia en su infancia. Aiquipa (2015) encontró también que los síntomas de las mujeres víctimas consistían en la presencia de dependencia

emocional y que esto se incrementa cuando surge el miedo de que su relación amorosa pueda terminar, soportando insultos, ofensas, por ello puede llegar al maltrato físico.

Como se menciona en los estudios del párrafo anterior, la violencia causaría daños irreparables en la psique de las personas es decir afecta más el estado emocional (Informe mundial sobre la violencia y salud, 2012 y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2017). El maltrato hacia las mujeres es un abuso que genera daño psicológico, físico, y sexual tan solo por su condición de ser mujer, describiendo los tipos de violencia: violencia física que se manifiesta a través de conductas que causan perjuicios en la salud física, esto incluye también agravio por negligencia, privaciones de las necesidades básicas (Echeburúa, 2019; García y Riecher, 2013; Riboli, Razera, Rosa y Falcke, 2017). A este tipo violencia se toma más importancia por ser más evidente de identificar sin embargo puede haber precedido del maltrato psicológico (Santandreu, 2014). Por otro lado, la Violencia psicológica, se evidencia cuando una persona recurre a humillar, amenazar y chantajear a otra, en base a esto la víctima puede presentar síntomas de depresión, ansiedad entre otros (Echeburúa, 2018). La violencia sexual abarca comportamientos sexualizados cometidos en perjuicio de una persona, esto incluye hechos que no necesariamente involucran penetración o contacto físico, a sí mismo (Echeburúa, 2019).

Los síntomas psicopatológicos o malestar psicólogo indican la presencia de posibles trastornos mentales que puede presentar el ser humano que consta de 9 dimensiones: Somatizaciones (molestias presentadas que se relacionan con distintas funciones corporales de la persona), Obsesión y compulsión (pensamiento, acción e impulso imposibles de evitar), sensibilidad interpersonal (identificación de sentimientos de inferioridad e inadecuación), depresión (ánimo disfórico, desmotivación, ideas suicidas), ansiedad (tensión, nerviosismo ataques de pánicos) también hostilidad (emociones, acciones propios del enojo), ansiedad fóbica (miedo persistente, desproporcionada e irracional por algún estímulo), ideación paranoide (pensamiento proyectivo, desconfianza, temor a perder autonomía), psicoticismo (control del pensamiento, soledad y alucinaciones) (Derogatis,1994).

Esta sintomatología se puede presentar a causa de múltiples hechos violentos que experimentan las mujeres (Casullo, 2004; DeJonghe, Bogat, Levendosky y Von, 2008). En estudios realizados sobre la presencia de alteraciones mentales en base a género, las mujeres son las que más evidencian sintomatología psicopatológica a comparación de los varones (Vilariño,

Amado, Vázquez y Arce, 2018). Por la problemática observada, se ha planteado el siguiente problema de investigación: ¿Existen diferencias en los síntomas psicopatológicos entre mujeres víctimas y no víctimas de violencia del centro poblado Alto Trujillo?

La presente investigación es relevante puesto que sirve para identificar síntomas psicopatológicos en las mujeres del Alto Trujillo a raíz de haber vivido cualquier hecho violento ya sea violencia física, verbal o sexual. Esto se investigó puesto que a nivel mundial, nacional y local la violencia contra las mujeres se sigue incrementando y muchas veces esto les causa la muerte, también porque al parecer la sociedad no es consciente de esta problemática que aquejan mayormente a las mujeres. A su vez es conveniente porque aún no existen estudios sobre síntomas psicopatológicos a causa de la violencia en la población elegida. Y este estudio puede servir para los profesionales de diferentes áreas de investigación que se interesen por profundizar el tema. Además, en base a los resultados en un futuro se podrá trabajar programas de prevención, promoción y tratamiento en benéficos de las mujeres de lugar.

Ante la problemática expuesta se planteó como objetivo principal determinar las diferencias en los síntomas psicopatológicos entre mujeres víctimas y no víctimas de violencia del centro poblado Alto Trujillo.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de investigación

La investigación realizada se ubica dentro de los estudios transversales descriptivos comparativos mediante encuesta su propósito es determinar la cantidad de casos que existen en una población ya determinada y en un periodo transitorio específico además de analizar las diferencias existentes entre grupos de sujetos (León y Montero, 2002 y Ato, López y Benavente, 2013).

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Escala de medición</i>
Síntomas psicopatológicos	Los síntomas psicopatológicos o malestar psicológico indican la presencia de posibles trastornos mentales que puede presentar el ser humano Derogatis (1994).	Son las calificaciones que se obtienen de las 9 dimensiones sintomáticas de psicopatología además de 3 índices globales de malestar del cuestionario de síntomas SCL-90-R	Somatizaciones Obsesiones y compulsiones Sensibilidad interpersonal Depresión Ansiedad Hostilidad Ansiedad fóbica Ideación paranoide Psicoticismo	Ordinal

2.3. Población, muestra y muestreo

La población accesible fueron las mujeres de los diversos sectores del Alto Trujillo. En la investigación se utilizó una muestra de 309 mujeres entre 15 a 50 años de edad del centro poblado Alto Trujillo de las cuales 155 fueron víctimas de violencia y 154 mujeres fueron no víctimas.

La edad promedio de las mujeres víctimas es 31 años, el 23% tienen primaria completa, un 11% tienen primaria incompleta, 28.4% estudiaron secundaria completa, un 27.1% estudiaron secundaria incompleta, así mismo un 1.3% cuentan con superior completo y un 8.4% tienen superior incompleto de lo cual un 28.4% trabaja y el 70% no trabaja. El 9.0% son solteras, un 9.0% son casadas, el 6% son viudas, un 15.5% están separadas y el 65.5% son convivientes, tienen entre 2 a 4 hijos. Un 44.5% provienen de la costa y un 45.2% de la sierra.

Por otro lado, la edad promedio de las no víctimas es de 28 años, el 24.7% tienen primaria completa, 11.7% tiene primaria incompleta, 31.2% estudiaron secundaria completa, 22.1% cuentan con secundaria incompleta, 5.8% tienen superior completo y 4.5% tienen superior incompleto. En cuanto a estado civil el 9.7% son solteras, 13.0% están casadas, 6% son viudas, 4.5% están separadas y 72.2% son convivientes, las mujeres de este grupo tienen 1 a 3 hijos, de las cuales un 16.2% trabajan y 83.8 no trabaja, el 29.2% procede de la costa, 64.9% pertenecen a la sierra y un 9% son de la selva.

Para recoger la muestra de este estudio se utilizó tres tipos de muestreo no probabilístico por conveniencia es decir en la población todos los integrantes no tienen la misma oportunidad de ser elegidos, bola de nieve y accidental, esta se extrajo de diferentes sectores del Alto Trujillo.

Se debe tener en consideración que, al tener dos muestras debido al tipo de trabajo de investigación comparativo, se tuvo en cuenta características de inclusión y exclusión para cada muestra. Por lo tanto, los criterios de inclusión para las mujeres maltratadas son de 15 a 50 años de edad que vivan en el Centro Poblado Alto Trujillo, y que respondan “Sí” la pregunta filtro sobre haber sido víctima de violencia alguna vez y los criterios de exclusión para las mismas son mujeres que respondan “No” a la pregunta filtro sobre haber sido víctima de violencia alguna vez, mujeres que no deseen participar voluntariamente en la encuesta en cualquier momento de su aplicación). Los criterios de inclusión para las mujeres no maltratadas son de 15 a

50 años de edad que vivan en el Centro Poblado Alto Trujillo, mujeres que respondan “No” a la pregunta filtro sobre haber sido víctima de violencia alguna vez y los criterios de exclusión para las mismas son que respondan “Sí” a la pregunta filtro sobre haber sido víctima de violencia alguna vez, que no deseen participar voluntariamente en la encuesta en cualquier momento de su aplicación.

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

Debido al enfoque de investigación cuantitativa, se optó por utilizar la técnica tipo encuesta. Es una técnica de investigación, la cual se realiza a través de encuestas o entrevistas a una población de manera individual o grupal con el fin de conseguir información, (Quispe y Sánchez, 2011).

Ficha de tamizaje VIF

Es un instrumento del ministerio de salud (MINSA) que fue creado por la dirección general de promoción de la salud, llamada Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia de género, es un instrumento técnico normativo para registrar casos de violencia en el hogar. En esta ficha responderán si alguna vez han sido víctimas de algún tipo de violencia. Esto permitirá tener un filtro y llegar a la conveniencia de la muestra que se desea obtener (Ministerio de salud, 2007).

Inventario de síntomas SCL-90-R de L:

El instrumento utilizado es la adaptación del inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis por Casullo y Pérez 2008 en una población argentina. Pero fue creado por investigadores de la universidad Johns Hopkins en Estados Unidos con su primera versión de SCL – 90 para poder detectar sintomatología y malestar psicológico, inspirado en su antepasado el HSCL (Hopkins Symptom Checklist), escala autoaplicada de síntomas (Derogatis, 1977) utambién tuvo su muestra la “Escala de malestar” (Discomfort scale) que fue elaborada por Parloff et al (1954) fundamentada en el Cornell Medical Index (Wilder, 1948). La escala de

Malestar, la cual evaluaba a pacientes con tratamiento psicoterapéutico con 41 ítems que estaban vinculados malestares sintomáticos. Esta escala fue modificada tiempo después por Frank et al. (1957) hasta convertirse en el HSCL de 58 ítems. Este instrumento presento varios inconvenientes para diagnosticar sintomatología y psicopatología clínica, debido a que fue creado como instrumento de uso colectivo, sus ítems que lo constituyen todas las principales dimensiones y no cuenta con un instrumento similar para una reevaluación confiable, con esos defectos se trabajó y perfecciono hasta llegar al SCL – 90. La manifestación clínica del SCL – 90 Symptoms Checklist, en 1973 apareció en un artículo de Derogatis. Ante ello el prototipo fue probado, modificado y validado en 1977, se publicó el manual oficial de la versión revisada, SCL- 90- R, en 1983. Esta versión solo cambia tres ítems en obsesión y compulsión de las 90 preguntas originales, a la de la versión del SCL – 90, pero se recomienda aplicar la versión revisada, debido que cuenta con los criterios normativos correctos. En la actualidad el SCL – 90- R es utilizado en numerosas investigaciones en poblacione no clínica y clínica. Su primera versión original y su traducción al español fue en 1983 por Guimon y Cols. Consta de 90 ítems y 9 dimensiones que son: Somatizaciones, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo además cuenta con índices globales de psicopatología (severidad global, síntomas positivos y malestar sintomático positivo. Su escala tiene 5 opciones con una terminología “nada” “muy poco” “poco” “bastante” “mucho” la corrección es de 0_4 puntos. El instrumento es de fácil aplicación, utiliza un vocabulario simple. El tiempo de aplicación generalmente es de 15 minutos y la edad de aplicación es de 13 a 65 años.

Los diversos estudios realizados por (De las Cuevas et al, 1991; Rodríguez Abuin en prensa y Gonzales de Rivera, 1999) en poblaciones generales, psiquiátrica y en pacientes con disfunción psicósomática temporo mandibular, encontraron diferencias en los tres grupos, siendo la muestra psiquiátrica la que obtuvo puntuaciones altas, estas diferencias en los síntomas psicopatológicos son proporcionales al igual que los perfiles son muy parecidos en los tres grupos. Los cuales han certificado la validez del inventario SCL- 90- R de las dimensiones e índices globales, en resumen, diversos autores han utilizado, realizado y aplicado el inventario SCL- 90- R, en diversas investigaciones con diferentes diseños ya sean experimentales, correlacionales o comparativos; así mismo se han empleado diversas metodologías como análisis de factoriales, modelos de regresión, modelos de respuesta al ítem. Existen estudios

internacionales que avalan la validez del inventario, la confiabilidad del inventario SCL-90-R y sus 9 dimensiones se encontró por consistencia interna, por la correlación de dos mitades del test (ítems pares e impares) y por la correlación entre todos los ítems, encontrando valores confiables, también se realizó otros estudios en España en una población psiquiátrica y general encontrando resultados de confiabilidad entre 0.81 y 0.90 muy similares a los mencionados por Derogatis que también son confiables indicando una alta correlación en el Alfa de Cronbach (González de Rivera, 1999 y De las Cuevas et al., 1991).

En la presente investigación la confiabilidad de las dimensiones se encuentra con valores entre 0.876 y 0.772 siendo bueno y aceptable. Y también se asemejan a los valores descritos por el autor.

2.5. Procedimiento

La recolección de datos se dio de manera accidental, es decir las mujeres que asistieron al centro de salud para un control integral de los miembros de su familia mediante un tamizaje refirieron estar viviendo hechos violentos por esto se tomó los datos correspondientes para posteriormente realizar la visita. También se dio por bola de nieve, es decir algunas personas brindaron información sobre posibles casos de violencia y posteriormente se realizó las visitas. Al llegar al lugar se pidió previa autorización, explicando a las evaluadas que la información brindada será totalmente confidencial, una vez que aceptaron, se les solicitó que firmen el consentimiento informado, se dio las instrucciones correspondientes para el llenado de la ficha de tamizaje VIF y del inventario de síntomas SCL 90- R. el cual fue encontrado en internet de libre acceso, también se les explicó que si las evaluadas no querían participar podrían negarse a ello.

2.6. Método de análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25. Luego se evaluó la distribución de datos normal o asimétrica a través de la curtosis y asimetría. Para comprobar las hipótesis se utilizó la prueba estadística de diferencia de grupos t de student . Como el muestreo es no probabilístico se trabajó con los criterios propuestos por Cohen (1988). Para comprobar el tamaño de efecto se utilizó la G de Hedges. Se reportó la confiabilidad de los

instrumentos obtenidos en esta muestra.

2.7. Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta en la investigación respetar el instrumento de investigación (inventario) del autor para no realizar cambios. Así mismo se les informó a las participantes acerca de la investigación (los datos personales serán reservados para proteger su identidad y bienestar) solicitando su firma para el consentimiento informado teniendo en cuenta su predisposición a participar en la investigación. Además, se respetó la libertad de las participantes en el estudio de negarse o retirarse de la investigación en cualquier momento. En cualquier tipo de investigación se deberá proteger la integridad e identidad de las personas, sin dejar de lado sus derechos humanos (Asociación Médica Mundial, 2013)

III. RESULTADOS

La distribución de los datos en su mayoría considerando a ambas poblaciones mediante la asimetría y curtosis es normal, debido que sus valores se encuentran entre +1.5 / -1.5. El grupo de las mujeres víctimas se encuentran entre -.114 hasta .896 lo que indica tener una distribución normal, lo mismo sucede con los datos de curtosis y asimetría de las no víctimas, su distribución se encuentra entre .657 hasta 1.339 indicando también una distribución normal. Excepto en las dimensiones de depresión, ideación paranoide y hostilidad que sobrepasan el criterio pero se asume que toda la distribución es normal.

Tabla 2

Prueba de normalidad mediante asimetría y curtosis en mujeres víctimas y no víctimas de violencia del centro poblado Alto Trujillo

	Mujeres víctimas				No víctimas				Muestra total			
	M	DE	Asimetría	Curtosis	M	DE	Asimetría	Curtosis	M	DE	Asimetría	Curtosis
Somatizaciones	13.92	8.391	.432	-.399	5.99	5.142	1.250	1.749	9.96	8.007	.921	.296
Obsesiones compulsiones	13.49	7.084	.176	-.535	7.68	5.307	.746	.397	10.60	6.895	.556	-.263
Sensibilidad Interpersonal	1.37	6.435	.467	-.610	5.02	4.167	1.135	1.471	7.70	6.042	.902	.185
Depresión	17.41	9.644	.504	-.163	8.25	6.161	1.266	1.985	12.85	9.295	.933	.463
Ansiedad	11.88	7.878	.534	-.534	5.32	4.708	.983	.228	8.61	7.267	.982	.366
Hostilidad	5.89	4.422	.896	-.038	2.81	2.304	1.339	2.595	4.35	3.847	1,398	1,622
Ansiedad fóbica	6.70	5.292	.697	-.197	3.77	3.341	.982	.354	5.24	4.659	1,054	.718
Ideación paranoide	7.63	4.747	.510	-.458	3.58	3.201	1.133	1.647	5.61	4.522	.895	.278
Psicosisismo	8.88	6.774	.582	-.665	3.36	3.091	.956	.363	6.13	5.943	1,212	.828
Índice global de severidad	11.93	6.539	.466	-.512	5.69	3.726	1.043	.924	8.82	6.166	.966	.364
Síntomas positivos	535.94	226.935	-.114	-.917	317.27	178.641	.657	.016	426.96	231.505	.355	-.807
Índice distres síntomas positivos	19.12	4.629	.545	.665	16.05	4.282	.666	.504	17.59	4.709	.572	.463

Se aprecia que la media obtenida en las diferentes dimensiones de síntomas psicopatológicos de las mujeres víctimas se encuentra entre 5.89 en hostilidad es decir que estas mujeres en esta dimensión evidencian menos pensamientos, sentimientos y conductas de ira e agresividad, y 17.41 en depresión, es decir que las mujeres víctimas en esta dimensión es en donde presentan mayor cantidad de signos y síntomas de desánimo, ideas autodestructivas y otras características de estados depresivos. Mientras que en las mujeres no víctimas el promedio obtenido se encuentra entre 2.81 en hostilidad y 8.25 en depresión. Entonces al realizar el comparativo entre mujeres víctimas y las que no lo son, se encuentra que existen diferencias significativas en todas las dimensiones, con un tamaño de efecto mediano.

Tabla 3

Diferencias de los síntomas psicopatológicos en mujeres víctimas y no víctimas de violencia.

	Condición	N	M	DE	T	gl	p	G HEDGES																																																																																																			
Somatizaciones	Victimas	155	13.92	8.391	10.022	255.657	.000	.791																																																																																																			
	No	154	5.99	5.142					Obsesiones compulsiones	Victimas	155	13.49	7.084	8.160	285.444	.000	.744	No	154	7.68	5.307	Sensibilidad Interpersonal	Victimas	155	10.37	6.435	8.677	264.095	.000	.757	No	154	5.02	4.167	Depresión	Victimas	155	17.41	9.644	9.955	261.996	.000	.788	No	154	8.25	6.161	Ansiedad	Victimas	155	11.88	7.878	8.881	251.860	.000	.762	No	154	5.32	4.708	Hostilidad	Victimas	155	5.89	4.422	7.698	232.207	.000	.731	No	154	2.81	2.304	Ansiedad fóbica	Victimas	155	6.70	5.292	5.838	260.192	.000	.68	No	154	3.77	3.341	Ideación paranoide	Victimas	155	7.63	4.747	8.779	270.227	.000	.76	No	154	3.58	3.201	Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000
Obsesiones compulsiones	Victimas	155	13.49	7.084	8.160	285.444	.000	.744																																																																																																			
	No	154	7.68	5.307					Sensibilidad Interpersonal	Victimas	155	10.37	6.435	8.677	264.095	.000	.757	No	154	5.02	4.167	Depresión	Victimas	155	17.41	9.644	9.955	261.996	.000	.788	No	154	8.25	6.161	Ansiedad	Victimas	155	11.88	7.878	8.881	251.860	.000	.762	No	154	5.32	4.708	Hostilidad	Victimas	155	5.89	4.422	7.698	232.207	.000	.731	No	154	2.81	2.304	Ansiedad fóbica	Victimas	155	6.70	5.292	5.838	260.192	.000	.68	No	154	3.77	3.341	Ideación paranoide	Victimas	155	7.63	4.747	8.779	270.227	.000	.76	No	154	3.58	3.201	Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000	.771	No	154	3.36	3.091								
Sensibilidad Interpersonal	Victimas	155	10.37	6.435	8.677	264.095	.000	.757																																																																																																			
	No	154	5.02	4.167					Depresión	Victimas	155	17.41	9.644	9.955	261.996	.000	.788	No	154	8.25	6.161	Ansiedad	Victimas	155	11.88	7.878	8.881	251.860	.000	.762	No	154	5.32	4.708	Hostilidad	Victimas	155	5.89	4.422	7.698	232.207	.000	.731	No	154	2.81	2.304	Ansiedad fóbica	Victimas	155	6.70	5.292	5.838	260.192	.000	.68	No	154	3.77	3.341	Ideación paranoide	Victimas	155	7.63	4.747	8.779	270.227	.000	.76	No	154	3.58	3.201	Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000	.771	No	154	3.36	3.091																					
Depresión	Victimas	155	17.41	9.644	9.955	261.996	.000	.788																																																																																																			
	No	154	8.25	6.161					Ansiedad	Victimas	155	11.88	7.878	8.881	251.860	.000	.762	No	154	5.32	4.708	Hostilidad	Victimas	155	5.89	4.422	7.698	232.207	.000	.731	No	154	2.81	2.304	Ansiedad fóbica	Victimas	155	6.70	5.292	5.838	260.192	.000	.68	No	154	3.77	3.341	Ideación paranoide	Victimas	155	7.63	4.747	8.779	270.227	.000	.76	No	154	3.58	3.201	Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000	.771	No	154	3.36	3.091																																		
Ansiedad	Victimas	155	11.88	7.878	8.881	251.860	.000	.762																																																																																																			
	No	154	5.32	4.708					Hostilidad	Victimas	155	5.89	4.422	7.698	232.207	.000	.731	No	154	2.81	2.304	Ansiedad fóbica	Victimas	155	6.70	5.292	5.838	260.192	.000	.68	No	154	3.77	3.341	Ideación paranoide	Victimas	155	7.63	4.747	8.779	270.227	.000	.76	No	154	3.58	3.201	Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000	.771	No	154	3.36	3.091																																															
Hostilidad	Victimas	155	5.89	4.422	7.698	232.207	.000	.731																																																																																																			
	No	154	2.81	2.304					Ansiedad fóbica	Victimas	155	6.70	5.292	5.838	260.192	.000	.68	No	154	3.77	3.341	Ideación paranoide	Victimas	155	7.63	4.747	8.779	270.227	.000	.76	No	154	3.58	3.201	Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000	.771	No	154	3.36	3.091																																																												
Ansiedad fóbica	Victimas	155	6.70	5.292	5.838	260.192	.000	.68																																																																																																			
	No	154	3.77	3.341					Ideación paranoide	Victimas	155	7.63	4.747	8.779	270.227	.000	.76	No	154	3.58	3.201	Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000	.771	No	154	3.36	3.091																																																																									
Ideación paranoide	Victimas	155	7.63	4.747	8.779	270.227	.000	.76																																																																																																			
	No	154	3.58	3.201					Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000	.771	No	154	3.36	3.091																																																																																						
Psicoticismo	Victimas	155	8.88	6.774	9.214	215.764	.000	.771																																																																																																			
	No	154	3.36	3.091																																																																																																							

En la tabla 4 se observa que la media de índices generales de las mujeres víctimas se encuentran entre 11.93 índice global de severidad y 535.94 en síntomas positivos. En las mujeres no víctimas la media se encuentra entre 5.69 en índice global de severidad y 317.27 en síntomas positivos. Realizando el comparativo se evidencia diferencias significativas en estos tres índices generales con un tamaño de efecto mediano. Describiendo en el índice global de gravedad o severidad su tamaño de efecto fue mediano, esto indica que las mujeres violentadas evidencian un nivel intenso de síntomas psíquico y psicossomático actual. En el índice total de síntomas positivos su tamaño de efecto fue mediano. Esto refiere que en las mujeres maltratadas los síntomas son amplios y diversos. Por último, en el índice de distrés de síntomas positivos su tamaño de efecto fue mediano esto evidencia que las mujeres maltratadas evidencian intensidad sintomática.

Tabla 4

Diferencias de los Índices generales del inventario de síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) de víctimas y no víctimas del centro poblado Alto Trujillo.

	Condición	N	M	DE	T	GL	P	G HEDGES
Índice global severidad	Victimas	155	11.93	6.539				
	No Victimas	154	5.69	3.726	10.305	244.812	0	0.796
Síntomas positivos	Victimas	155	535.94	226.935				
	No Victimas	154	317.27	178.641	9.414	291.766	0	0.775
Índice distrés síntomas positivos	Victimas	155	19.12	4.629				
	No Victimas	154	16.05	4.282	6.039	0.307	0	0.687

IV. DISCUSIÓN

Como se aprecia en el presente estudio, se encontró diferencias en la sintomatología psicopatológica entre mujeres que refirieron ser víctimas de violencia frente a aquellas que refirieron no serlo. Podríamos afirmar entonces que la violencia posee un efecto negativo en la salud mental de las personas. Estos resultados se igualan mucho a los resultados encontrados por Caballero, Alfaro, Núñez y Torres (2007) y Mahase (2019) quienes mencionan que las mujeres violentadas tienden a presentar más problemas en su salud mental a diferencia de la población general, esto produce un efecto perjudicial en su calidad de vida y productividad. También se corrobora lo descrito por Echeburúa (2019) quien manifiesta que la violencia hacia las mujeres genera daño psicológico, físico y sexual. Asimismo, cuando se indaga sobre la causa de la sintomatología psicopatológica, DeJonghe, Bogat, Levendosky y Von (2008) mencionan que podrían ser diversas, pero una de las mayores sería la violencia.

Uno de los síntomas psicopatológicos son las somatizaciones entendidas como alteraciones corporales y neurovegetativas caracterizada por dificultades respiratorias, gastrointestinales, y musculares. En esta dimensión se encontró que en aquellas personas que refieren ser víctimas de violencia tienen puntuaciones mucha más altas a comparación de las que dicen no padecerlas. Los resultados se igualan a los encontrados por Vieyra, Gurrola, Balcazar, Muñoz y Virseda (2009) sus resultados indican que las mujeres víctimas de violencia conyugal se ven más afectadas en la dimensión de somatizaciones, este síntoma afecta la salud mental de las mismas. Prieto (2014) en los resultados de su estudio también encontró que las mujeres que son maltratadas como consecuencia presentan sintomatología psicosomática con manifestaciones de trastornos gastrointestinales funcionales, hipertensión y fibromialgia. Así mismo, el estudio de Zubizarreta (2004) revela que el maltrato hacia la mujer conlleva a presentar trastorno psicosomático descrito en dolor de cabeza, pérdida de apetito, fatiga, etc.

Así también, se encontró diferencias en las conductas y pensamientos obsesivos y compulsivos, las mujeres violentadas obtuvieron puntuaciones altas a comparación de las que no lo fueron, y estas diferencias son significativas de efecto mediano. Estos resultados son similares a lo descrito por García y Riecher (2013) quienes encontraron que las mujeres que fueron maltratadas se encuentran más propensas a desarrollar síndrome de estrés postraumático,

así como ideas obsesivas. Tal como lo refiere Zubizarreta (2004) en su investigación también halló que las mujeres maltratadas experimentan pensamientos obsesivos, pesadillas, dificultades de concentración e irritabilidad.

En cuanto a sensibilidad interpersonal que evalúa sentimientos de timidez, vergüenza e inferioridad y dependencia. Se halló que las víctimas presentan mayores síntomas a comparación de las que no fueron víctimas y estas diferencias también son significativas. Esto también es similar al estudio Vieyra, Gurrola, Balcázar, Muñoz y Virseda (2009) sus resultados confirman que el efecto de la violencia en las mujeres no tan solo causa daños físicos, sino que también afecta directamente en su salud mental conllevándolas a presentar sintomatología en el factor de sensibilidad interpersonal generando sentimientos de inferioridad. Igualmente, los resultados de Aiquipa (2015) también son semejantes, quien encontró que las mujeres que presentan timidez y miedo a que su pareja le abandone les conlleva a ser dependientes emocionales permitiendo insultos e humillaciones.

En la dimensión de depresión que se caracteriza por evidenciarse en síntomas de desánimo, desesperanza e ideas autodestructivas. Se encontró también que las mujeres víctimas muestran mayor sintomatología en comparación de las mujeres que no lo fueron estas diferencias son significativas. Esto se asemeja al estudio que realizaron Makhadiyeva, Slambekova, Albytova, Albytova y Akymbzerk (2019) quienes refieren que las víctimas de violencia presentaban características como inestabilidad de ánimo, contactos limitados además de irritabilidad e indecisión. Asimismo, se asemeja al estudio de Velarde (2015) quien encontró como resultados que las mujeres víctimas de violencia física y sexual tenían pensamientos irracionales de querer terminar con su vida y secuelas de estrés postraumático el cual interfiere en los ámbitos de su vida. Es semejante también al estudio de Prieto (2014) quien encontró que la sintomatología psicopatológica más frecuente es las mujeres víctimas es la depresión con características como baja autoestima, tristeza e ideas de suicidio. Describió también que a más tiempo de maltrato experimenten las mujeres, más intensos serán sus síntomas.

En cuanto a ansiedad que se caracteriza por presentar signos de tensión emocional y manifestaciones psicósomáticas entre ellos miedos, nerviosismo, palpaciones fuertes. También en esta dimensión las mujeres que fueron víctimas muestran más sintomatología en comparación de las que no fueron víctimas y estas diferencias también son significativas. Este estudio es similar al de Caballero, Alfaro, Núñez y Torres (2007) y Mahase (2019) quienes afirman que la

las mujeres maltratadas, las conduce a sufrir graves consecuencias en salud física y mental como: depresión, estrés postraumático, ansiedad, entre otras. Además de que estas agresiones tienen más relación con el trastorno bipolar y de ansiedad. Los resultados también son parecidos al estudio de Prieto (2014) quien encontró que en las mujeres violentadas prevalece más el trastorno de ansiedad a diferencia de la población general.

En la dimensión de hostilidad que suele presentarse en pensamientos, sentimientos y conductas de agresividad, irritabilidad, aquí también se halló que las víctimas presentan más sintomatología a comparación de las no víctimas estos resultados fueron considerables, también se asemeja al estudio de Lara, Aranda, Zapata, bretones y Alarcón (2019) en cuyos resultados obtuvo que las mujeres maltratadas evidencian síntomas como inestabilidad de ánimo, contactos limitados, irritabilidad, relaciones conflictivas con su entorno.

En la dimensión de ansiedad fóbica que se caracteriza por presentarse en miedos persistentes, irracionales y desproporcionados. Aquí se encontró que estos síntomas también están presentes en las mujeres víctimas a comparación de las no víctimas siendo los resultados muy significativos. Este estudio se asemeja al de Gonzales (2013) en sus resultados demostró que la ansiedad severa caracterizada por miedos irracionales que presentaban las mujeres violentadas es consecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual que estas reciben de sus parejas.

Así también en la dimensión de ideación paranoide que se caracteriza por presentarse en pensamientos de suspicacia, necesidad de control, necesidad de autonomía. Estos síntomas al igual que los anteriores también se evidencian de manera significativa en las mujeres que fueron maltratadas a comparación de las que no lo fueron. Estos resultados son parecidos a los encontrados por Bellali, Laboudi y Ouanass (2019); Lara, Aranda, Zapata, bretones y Alarcón (2019) quienes refieren que las mujeres que han sido violentadas se caracterizan por tener personalidad de tipo paranoica y esquizofrénica.

Psicoticismo esta dimensión comprende una visión psicótica que va desde la esquizoidia hasta la psicosis incluyendo síntomas como alucinaciones, delirios, poco interés en mantener relaciones interpersonales. Se evidencio que las mujeres que fueron víctimas de violencia las puntuaciones fueron más altas en comparación de las que no lo fueron y las diferencias también fueron significativas. Este resultado es parecido al de Vieyra, Gurrola, Balcazar, Muñoz y Virseda (2009) quienes encontraron que las mujeres violentadas presentaron una puntuación

elevada en la sintomatología de psicoticismo. Ellos aclararon que los síntomas psicóticos se evidencian después de las primeras consecuencias del maltrato. Puesto que primero se evidencia reacciones de conmoción, desconcierto, aturdimiento y después de esto vienen las alteraciones en la salud mental de las mujeres a largo plazo.

Además de los síntomas psicopatológicos encontrados en las 9 dimensiones ya mencionadas, se encontró que en el índice global de severidad el cual determina la intensidad de la sintomatología que se encuentra presente en la población, las mujeres víctimas presentan mayor intensidad en este índice a comparación de las que no lo fueron y estas diferencias igualmente son significativas.

Así mismo, en el índice total de síntomas positivos quienes determina la diversidad y la amplitud de la psicopatología presente en la población, encontramos igualmente que las puntuaciones son más elevadas en las mujeres que refieren haber vivido hechos violentos a comparación de las mujeres que no fueron víctimas y las diferencias también son significativas.

En el índice de distrés o sufrimiento de síntomas que es un indicador de la intensidad sintomática media. Este indicador también se encuentra presente en la población de víctimas y las diferencias con las no víctimas son significativas.

Los resultados de la investigación en mujeres víctimas en comparación de las que no fueron víctimas, son similares al estudio de Quintana, Villanueva, Guerrero (2016) quienes afirman que las mujeres que recibieron maltrato evidencian características de sintomatología psicopatológica. También es semejante al estudio de Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas (2003) ellos obtuvieron como resultado que las mujeres maltratadas reflejaron altos niveles de puntuación en el índice de gravedad de los síntomas, en ambos estudios reflejaron valores altos en la sintomatología psicopatológica de las mismas.

La confiabilidad de las dimensiones del estudio como son somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y psicoticismo son confiables y aceptables, excepto en las dimensiones de hostilidad e ideación paranoide en estas se debe tener cuidado en la interpretación puesto que sus valores si son aceptables, pero no alcanzaron la confiabilidad que se esperaba. De igual forma la confiabilidad del estudio es parecida a los resultados que obtuvo el autor del instrumento.

Además, una limitación del estudio es que no se podría generalizar en todas las poblaciones puesto que el tipo de muestreo es no probabilístico, Por esto solo podría generalizar

en muestras similares al estudio.

V. CONCLUSIONES

- Se encontraron diferencias significativas de efecto mediano en los síntomas psicopatológicos de somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo entre las mujeres víctimas y no víctimas de violencia.
- Se encontraron diferencias significativas de efecto mediano en el índice global de severidad
- Se encontraron diferencias significativas de efecto mediano en el índice de síntomas positivos.
Se encontraron diferencias significativas de efecto mediano en el índice distrés síntomas positivos.

VI. RECOMENDACIONES

- A los profesionales de la salud desarrollar programas de intervención para evitar los síntomas psicopatológicos de las mujeres víctimas de violencia,
- Las autoridades del sector salud podrían generar políticas que permitan la intervención en los efectos que genera la violencia intrafamiliar en las mujeres, como medidas de atención personalizada en los centros de salud para estas mujeres para mejorar la salud mental de las víctimas.
- A los profesionales de la salud se recomienda prevenir la violencia en las relaciones de pareja a través de charlas, orientaciones y talleres en poblaciones vulnerables.
- Para posteriores estudios se recomienda trabajar con muestreos probabilísticos para obtener más resultados que permitan generalizarse a poblaciones más grandes.

REFERENCIAS

- Abramsky, T., Watts, C., Garcia, C., Derives, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Afm, H., y Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. Recuperado de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-11-109>
- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de psicología*, 33(2) 413-437. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a07v33n2.pdf>
- Amor, P; Echeburúa, E; De Corral, P; y Sarasua, B y Zubizarreta, I. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y modificación de conducta*, 27(114). Recuperado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-PerfilPsicopatologicoDiferencialEnVictimasDeMaltra-7061434.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ato, M; López, J y Benavente, A (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1030_1059. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300043
- Bellali, N; Laboudi, F y Ouanass, A. (2019). Domestic Violence and Psychopathological Impact. *Austin Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Lpx0NbGUsNwJ:https://www.austinpublishinggroup.com/psychiatry-behavioral-sciences/download.php%3Ffile%3Dfulltext/ajpbs-v6-id1070.pdf+&cd=29&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
- Caballero, J., Alfaro, M., Núñez, y Torres, H. (2009). Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004-2007. *Revista Peruana de Epidemiología*, 13(3), 1-7. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203120367006.pdf>

- Castro, W. (17 de abril de 2019). Salud mental en la cola de atención de enfermedades. *La República*. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/1432047-salud-mental-cola-atencion-enfermedades>
- Caudillo, L; Hernández, M; flores, M. (2017). Analisis de los determinantes sociales de la violencia de género. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510007>
- Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y ciencia social*, 6(1), 49-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf>
- Casullo y Pérez. (2008). *Adaptación inventario de síntomas SCL- 90 –R*. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatoria/s/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf
- Delgado, H. (2017). “entrevista a teniente María Ruiz Huamán”. *Sin miedo*. Radio programas del Perú (89.7 FM). 23 de noviembre del 2017.
- Derogatis, L. (1977). *Scl-90_R.Symptom checklist administration scoring and procedures manual*. Mineapolis: National computer system. Recuperado de [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=354316](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=354316)
- Derogatis, L. (1994). *Manual SCL_90_R cuestionario de 90 síntomas*. Recuperado de https://es.scribd.com/document/338073306/Manual-SCL-90R.pdf?fbclid=IwAR2rILL1jhw0sd6pEAil-0ivfy8dDAwqjuQpgXmsKVYGL6CTPaVb0NpAjOc#from_embed
- Dejonge, E., Von, E., Bogat, A., y Levendosky, A. (2011). Does witnessing intimate partner violence contribute to toddlers’ internalizing and externalizing behaviors?. *Aplied developmental science*, 15(3), 129-139. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10888691.2011.587713>
- Echeburúa, E., Amor, P., Muñoz, J., Sarasua, B., y Zutbizarre, I. (2017). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático según el DSM- 5: versión forense (EGS-F). *Anuario de psicología Jurídica*, 27, 67-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3150/315051754008.pdf>
- Echeburúa, E. (4 de Marzo de 2018). La violencia psíquica responde a una ideología machista. Colegio oficial de psicología de navarra Obtenido de

<http://www.colpsinavarra.org/noticias/enrique-echeburua-la-violencia-psiquica-responde-una-ideologia-machista>

- Echeburúa, E. (5 de diciembre de 2019). Sobre el Papel del Género en la Violencia de Pareja contra la mujer. Comentario a Ferrer- Pérez y Bosch- Fiol, 2019. Obtenido de *Anuario de psicología Jurídica* 2019: <https://journals.copmadrid.org/api/archivos/articulo20190115134916.pdf>
- García, C y Riecher, A. (2013). (Basel) *Violence against Women and Mental Health*. Ginebra: Karger. Recuperado de: <https://www.karger.com/Book/Home/257304>
- Goncalves da Silva, V. (2012). Deep violence against women and Maria da penha law. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 303-311. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832339031.pdf>
- Gonzales, I. (2013). *Prevalencia de los niveles de ansiedad experimentados por mujeres víctimas de violencia doméstica reportadas por la comisaría cuarta de familia, la fundación tekno y la fundación cede social de la ciudad de barranquilla*. (Tesis licenciatura). Universidad de la costa C.U.C. Barranquilla.
- Huerta, R., Miljanovich, M., Pequeña, J., Campos, E., Santivañez, R., Aliaga, T., Medina, P., Pérez, P., Fernández, E., Uceda, J., Silva, A., y Vidal, R. (2014). Estrés post traumático e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la relación de pareja en función de la edad. *Revista de investigación en psicología*, 17(2), 59-75. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11258>
- Informe mundial sobre la violencia y salud. (mayo de 2012). *Violencia y salud mental*. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>
- Instituto nacional de salud mental. (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao*. Lima: Honorio Delgado.
- Instituto nacional de estadística e informática (INEI). (2017). *Censo Nacional de Población y Vivienda*.
- Jaramillo, D., Uribe, T., Ospina, D y Cabarcas, G. (2003). *Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas*. Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2/v37n2a07.pdf>

- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la en la relación de pareja. *Revista argentina de ciencias del comportamiento*, 11(1), 1-4. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/21864>
- León, O y Montero, I (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2(3) 502- 509. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf
- Mahase, E. (2019). *Women experiencing domestic abuse nearly three times as likely to develop mental illness*. Recuperado de <https://medicalxpress.com/news/2019-06-women-experiencing-domestic-abuse-mental.html>.
- Makhadiyeva, A., Slambekova; T., Albytova, N, Albytova, y Akymberk, G. (2019). Personal profile of women subjected to domestic violence in Kazakhstan. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, 9(1). Recuperado de <https://japer.in/storage/models/article/3JRWvgQzxEkpjNldUrhxZbDq5qjDPkc24AebjRRfSNMXPuyPJIwbme42aYDd/personal-profile-of-women-subjected-to-domestic-violence-in-kazakhstan.pdf>
- Ministerio de salud. (2007). Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. Perú. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP (2017). Impacto y consecuencias de la violencia contra las mujeres. Recuperado de <http://redin.pncvfs.gob.pe/images/publicacion2/impacto-y-consecuencias-violencia.pdf>
- Mohme, G. (director). (2 de enero del 2020). “Nos faltan 168”. *Protestarán contra cifra más alta de feminicidas en la última década en Perú*. La república. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/2020/01/03/femicidios-en-peru-protestaran-por-ola-de-violencia-machista-que-dejo-168-asesinatos-de-mujeres-en-el-2019-mimp/>

- Prieto, M. (2014). Partner Violence Impact on women's mental health. *Revista enfermería*, 6(2), 1-5. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/122/103>.
- Quintana, M; Villanueva, M; Guerrero, O. (2016). Daños psicológicos en mujeres víctimas de violencia conyugal. Recuperado de <http://45.5.172.45/bitstream/10819/3993/1/Da%C3%B1os%20psicol%C3%B3gicos%20mujeres%20Yuris%20Mattos%20Q%202016.pdf>
- Quispe, D y Sánchez, G. (2011). Encuestas y entrevistas en investigación científica. *Revista de actualización clínica investiga*, 10 490-494. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682011000700009&lng=es&nrm=iso
- Riboli, A., Razera, J., Rosa, H., y Falcke, D. (2017). Marital physical violence suffered and committed by men: repeating family patterns?. *Psico-USF*, 22(1), 99-108. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4010/401050855010.pdf>
- Safranoff, A. (2017). Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja? *Salud colectiva*, 13 (4), 611-632. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sciol/v13n4/1851-8265-scol-13-04-00611.pdf
- Santandreu, M. (2014). *Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en víctimas de violencia de género*. Recuperado de https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2019/04/Wilson-patrones_y_tipologias.pdf
- The World Bank. (2019). Gender-Based Violence (Violence against Women and Girls). Latín América. Recuperado de: <https://www.worldbank.org/en/topic/socialdevelopment/brief/violence-against-women-and-girls>
- The World Bank (2015). Education as a vehicle to end violence against women. Recuperado de: <https://blogs.worldbank.org/voices/education-vehicle-end-violence-against-women>
- Un women. (2014). Women and poverty. Recuperado de <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/end-violence-against-women/2014/poverty>

- Velarde, R. (2015). *Violencia de pareja de ideación suicida en mujeres de la institución educativa adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015*. (Grado de Magister). Universidad Peruana Unión, Tacna, Perú. Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/216/Ruth_Tesis_maestria_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Victoria state government. (2019). *How to report in violence against women and their children*. Victoriam. Recuperado de https://www.ourwatch.org.au/getmedia/be14bef0-8f1a-424f-be24-e7811cc4a43c/How-to-report-on-violence-against-women-and-their-children_FINAL_AA.pdf.aspx.
- Vieyra, M; Gurrola, G; Balcázar, P; Bonilla, M y Virseda, J. (2009). *Estado de Salud Mental en Mujeres Víctimas de Violencia Conyugal que acuden a la Procuraduría General de Justicia del Estado de México*. *Revista Psicología Iberoamericana*, 17(1), 57-64.
- Vilariño, M., Amado, B., Vázquez, M., y Arce, R. (2018). Psychological Harm in Women Victims of Intimate Partner Violence: Epidemiology and Quantification of Injury in Mental Health Markers. *Psychosocial Intervention*, 27(3), 145-152. Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/1798/179857580004/179857580004.pdf>
- The World bank (2015). Education as a vehicle to end violence against women. Recuperado de: <https://blogs.worldbank.org/voices/education-vehicle-end-violence-against-women>
- World Health Organization. (2018). *Violence against women affects almost 60% of women in some countries of the Americas*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14830:violence-against-women-affects-almost-60-of-women-in-some-countries-of-the-americas&Itemid=1926&lang=en
- World Health Organization. (2020). *Violencia contra la mujer infligida por su pareja*. Recuperado de: https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/index3.html.
- Zubizarreta, I. (2004). *Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos e hijas. España*. Recuperado de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_formacion/es_def/ajuntos/2004.03.17.irene.zubirreta.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las estudiantes de psicología del X ciclo Alayo Rodríguez Viky Soledad y Gómez Aranda Rosa Milagros, nos presentamos ante usted para informarle que estamos realizando un trabajo de investigación titulado Síntomas psicopatológicos en mujeres víctimas de violencia del centro poblado Alto Trujillo. El objetivo del trabajo es determinar la sintomatología psicopatológica en mujeres víctimas y no víctimas de violencia del centro poblado Alto Trujillo. En este sentido le pedimos participar, si usted acepta consistiría en responder preguntas de la ficha de tamizaje (VIF) y 90 preguntas del inventario de síntomas SCL-90-R, las cuáles serán confidenciales no se revelará sus datos personales, los resultados serán utilizados solo para fines de la investigación. Usted está en la posibilidad de aceptar o negarse a esto incluso luego de haber aceptado usted podría negarse de seguir participando. Si usted está de acuerdo con participar firme en el siguiente documento. En caso de alguna consulta comunicarse al 961896080.

.....
FIRMA DE LA EVALUADA

ANEXO 2

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

L. R. Derogatis.
Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.

2. Nerviosismo.

3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					

ANEXO 3



FICHA DE TAMIZAJE VIF

Lea al Paciente:		
Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:		
<p>Si es adulto: ¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente? SI () NO () ¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente? SI () NO () ¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales? SI () NO ()</p> <p>Si es niño o adolescente: ¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Como? SI () NO () ¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable? SI () NO ()</p>	<p>¿Quién?</p> <p>¿Desde cuándo?.....</p> <p>¿Cuándo fue la última vez?.....</p> <p>¿Quién?.....</p> <p>¿Desde cuándo?.....</p> <p>¿Cuándo fue la última vez?.....</p>	
Marque con aspa (X), todos los indicadores de maltrato que observe...		
<p style="text-align: center;">Físico</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea problemas de sueño (mucho sueño), y/o interrupción del sueño.</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Emagrecis. (niños).</p> <p style="text-align: center;">Psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p>	<p><input type="checkbox"/> Retraimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tartamudeo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padre o de llegar al hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar.</p> <p><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.</p> <p><input type="checkbox"/> Intento de suicidio.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.</p>	<p style="text-align: center;">Sexuales</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)</p> <p><input type="checkbox"/> Imitación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz.</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de ETS.</p> <p style="text-align: center;">Negligencia</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Accide. o enf. muy frecuentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p>

FECHA: DERIVADO POR: DX:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO: