



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Salud mental y apoyo socio-sanitario percibido ante violencia  
de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de  
Guayaquil, 2020**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

Manzano Estrella Edith Kiara (ORCID: 0000-0002-8012-3662)

**ASESORA:**

Dra. Dulanto Vargas Julissa Amparo (ORCID: 0000-0003-4845-3853)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Políticas de Servicio de Salud

PIURA — PERÚ  
2020

## **Dedicatoria**

Con profundo amor a mis hijos Juan Carlos y María Fernanda, razón que me inspira conquistar nuevos retos y sembrar en ellos grandes desafíos que los lleve a ser mejores.

A mi gran amor Alyeri, mi compañero de vida, la mano que me sostiene y acompaña en todos los procesos y trayectorias de nuestro andar por el camino.

### **Agradecimiento:**

Al maravilloso país de Perú y su ilustre Universidad Cesar Vallejo, a mis Maestros por la transmisión de valiosos conocimientos y experiencias.

De manera muy especial quiero dar las gracias a mi directora de tesis Dra. Julissa Amparo Dulanto Vargas, por sus valiosos conocimientos transmitidos, así como por su inestimable ayuda durante la realización de este trabajo

Finalmente, mi profundo agradecimiento a las mujeres que participaron en esta investigación, quienes, de forma altruista, compartieron sus sentimientos y experiencias más íntimas. Sin ellas este trabajo no hubiera tenido razón de ser.

## Índice de contenidos

	<b>Pág.</b>
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>15</b>
3.1. Tipo y diseño de investigación	15
3.2. Variables y operacionalización	15
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.5. Procedimientos	21
3.6. Método de análisis de datos	22
3.7. Aspectos éticos	23
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>24</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>34</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>40</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>

## Índice de tablas

Tabla 1.	Operacionalización de variables	16
Tabla 2.	Ficha técnica del instrumento GHQ – 12	18
Tabla 3.	Ficha técnica del instrumento apoyo socio-sanitario	19
Tabla 4.	Validación de juicio de expertos	20
Tabla 5.	Prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento	20
Tabla 6.	Asociación entre salud mental y percepción de apoyo-socio- sanitario percibido ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020	24
Tabla 7.	Características sociodemográficas de mujeres ante violencia de pareja íntima de los establecimientos de salud de Guayaquil en 2020	25
Tabla 8.	Tipos más comunes de violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud en Guayaquil, 2020	26
Tabla 9.	Frecuencia de la percepción de apoyo socio-sanitario ante violencia de pareja íntima de mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020	30
Tabla 10.	Apoyo socio-sanitario percibido por dimensiones ante violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil, 2020	31
Tabla 11.	Frecuencia de psicopatologías ante violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud en Guayaquil, 2020	32
Tabla 12	Sintomatología de salud mental por dimensiones, ante violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil, 2020	33

## Índice de gráficos y figuras

<i>Figura 1</i>	Esquema del tipo de investigación	15
<i>Figura 2</i>	Frecuencia de maltratos ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020	27
<i>Figura 3</i>	Frecuencia de maltratos psicológicos ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.	27
<i>Figura 4</i>	Frecuencia de maltratos psicológicos ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.	28
<i>Figura 5</i>	Antecedentes de violencia en la infancia en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.	28
<i>Figura 6</i>	Tipo de violencia vivido en la infancia en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.	29
<i>Figura 7</i>	Principales agresores en la infancia en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.	29

## Abreviaturas

CESD-R	Centro de estudios epidemiológicos
CURS	Salud mental y calidad de vida relacionada con la salud
DVA	Sobreviviente de violencia doméstica
GPS	Sistema de posicionamiento global
GQH – 12	Cuestionario de salud general de Goldberg
OEA	Organización de Estados americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PATH	Defensa psicológica hacia emociones
SPA	Sesión especializada de defensa psicológica
SVAWS	Escala de gravedad de violencia de menores
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
VPI	Violencia de pareja íntima
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
ECU 911	Servicio Integrado de Seguridad
CEPAM	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer

## Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de salud mental y el nivel de percepción de apoyo socio-sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020. El estudio fue de diseño no experimental, tipo transversal descriptivo correlacional donde se aplicó los instrumentos de percepción de apoyo socio-sanitario, elaborado por la autora y validado por expertos, y el GQH-12 para salud general de Goldberg.

La violencia principalmente fue física y psicológica. El 68% de las mujeres víctimas de violencia de pareja percibieron el apoyo socio-sanitario recibido como bajo o moderado. Los familiares como personas naturales y el MIES como institución fueron los principales entes en brindar apoyo emocional y tangible. Sólo el 6% de las mujeres que asisten a los centros de salud y que sufren violencia de pareja íntima no posee psicopatología confirmada, el 94% restante posee o se sospecha de la misma.

El estudio concluye que existe una asociación significativa inversamente proporcional  $\langle Rho = -0.349 \rangle$  entre el deterioro de la salud mental y el nivel de percepción de apoyo socio sanitario ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en el año 2020.

**Palabras clave:** *Salud mental, apoyo social, abuso de pareja íntima.*

## Abstract

The study aimed to determine the relationship between the level of mental health and the level of perception of socio-health support in women victims of intimate partner violence in health establishments in Guayaquil in 2020. The study was of non-experimental design, a cross-sectional descriptive correlational type where the perception instruments of socio-sanitary support were applied, prepared by the author and validated by experts, and the GQH-12 for general health by Goldberg.

. The violence was mainly physical and psychological. 68% of women victims of intimate partner violence perceived the socio-health support received as low or moderate. Family members as natural persons and MIES as an institution were the main entities in providing emotional and tangible support. Only 6% of women who attend health centers and who suffer intimate partner violence do not have confirmed psychopathology, the remaining 94% have or are suspected of having it.

The study concludes that there is an inversely proportional significant association  $\langle Rho = -0.349 \rangle$  between the deterioration of mental health and the level of perception of socio-sanitary support for intimate partner violence in women from health establishments in Guayaquil in 2020.

**Keywords:** *Mental health, social support, Partner Abuse*

## I. INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja íntima <VPI> se refiere al comportamiento de una pareja íntima o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y conductas de control. Esto constituye un problema público de salud importante y afecta a millones de mujeres alrededor del mundo no importando credo, situación socioeconómica, raza, grado de instrucción, edad u orientación sexual. Las consecuencias de las mujeres víctimas de VPI son perennes a lo largo de la vida; asimismo, los costos sociales y económicos resultantes del VPI son altos, causando pérdidas para toda la sociedad. La dinámica familiar, social y laboral de la mujer puede verse afectada de tal manera que desarrolle trauma emocional grave e incapacitante, enfermedad crónica y muerte; además de limitar la capacidad de cuidarse a sí mismas y a sus hijos <sup>(1)</sup>. El VPI no es exclusivo de una edad en particular, sin embargo, es más común en mujeres fértiles y coadyuva a problemas de salud ginecológicos, incluyendo embarazo no deseado y enfermedades venéreas <sup>(2)</sup>. Las mujeres que han sufrido VPI en el pasado pueden ser más propensas a experimentar trastornos psicológicos actuales que las mujeres que nunca han sufrido VPI <sup>(3)</sup>. Los efectos de la VPI en la salud mental pueden ser inmediatos y agudos, pero también pueden tener consecuencias a largo plazo o incluso volverse crónicas. Hay un reconocimiento creciente de que los actos de violencia contra las mujeres no son eventos aislados; forman un patrón de comportamiento que viola los derechos de las mujeres y las niñas, limita su participación en la sociedad y perjudica su salud y bienestar <sup>(1)</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud, VPI es el tipo más común de violencia en todo el mundo, que afecta al 30% de las mujeres <sup>(4)</sup>. Es un problema grave de salud pública, ya que puede causar lesiones inmediatas, infecciones y trastornos mentales <sup>(5)</sup>, siendo poco el aporte del sector salud. En todo el mundo, los problemas de salud mental, la angustia emocional y el comportamiento suicida son comunes entre las mujeres que han sufrido VPI <sup>(6)</sup>.

Los trastornos mentales comunes consisten en síntomas como insomnio, fatiga, irritabilidad, olvido, dificultad para concentrarse y quejas somáticas, combinadas con depresión y ansiedad. Cabe destacar que representan un alto costo social y económico, ya que son una causa importante de la pérdida de días de trabajo,

además de la creciente demanda de servicios de salud <sup>(7)</sup>. La OMS <sup>(8)</sup> refiere que, este tipo de violencia es uno de los principales gestores de patologías mentales en las mujeres en edad reproductiva. Las mujeres que refieren VPI poseen un triple riesgo de trastornos depresivos, y cuádruple riesgo de trastornos de ansiedad, el riesgo de estrés postraumático debido a VPI fue 7 veces mayor <sup>(9)</sup>. La asociación entre VPI, depresión e intentos de suicidio ha sido reportada en múltiples estudios<sup>(9)</sup>.

Se reporta que la violencia física o sexual sufrida por mujeres en todo el mundo, que están o estuvieron en una relación de pareja. La mayor cantidad de casos se encontró en el sudeste asiático (37,7%), en el Mediterráneo oriental la prevalencia fue de 37%, en África de 36,6% y en Europa de 25,4% <sup>(8)</sup>. En América Latina, en razón al análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países, los porcentajes varían desde 17% en República Dominicana a 53,3% en Bolivia <sup>(11)</sup>. En Ecuador, de acuerdo a la Encuesta de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres revela que el 60,6% de mujeres ecuatorianas refieren haber sufrido agresión de diverso tipo (física, psicológica, sexual o patrimonial) y en el 76% de los casos fue su pareja íntima el agresor, por ende, se puede inferir que el 46% de las mismas sufrió VPI <sup>(12)</sup>.

Para las mujeres que sufren violencia, sus familiares, amigos y compañeros de trabajo forman su red de apoyo social, dicho apoyo involucra la interacción de las personas <sup>(13)</sup>. La interacción con éstas personas minimiza la ansiedad y proporciona sensación de seguridad, el apoyo social aleja la depresión y los problemas mentales <sup>(14)</sup>. Sharifabad et al <sup>(15)</sup> manifiesta que, incluso «la sensación de apoyo social es más fortalecedora que el apoyo mismo». Además, Cobb presenta el apoyo social como un factor de protección contra el estrés, refiere que el estrés disminuye a la persona en sus capacidades sociales y en su rendimiento; además, explica que el apoyo social proporciona a las personas la sensación de ser amadas, cuidadas, respetadas y pertenecer a una red de comunicación <sup>(16)</sup>.

La problemática de la VPI se acentúa en la ciudad de Guayaquil por la falta de respuestas efectivas e inmediatas en apoyo a las víctimas. En el año 2018, se realizaron 9,915 denuncias. De estas, 874, un 8,81%, llegaron a una sentencia, la mitad de ellas, absolviendo al acusado. Entre los causales de dichas sentencias se

encuentran la prescripción (44,25%) y la inhibición (42,03%), es decir, el juez se niega a conocer porque es un delito u otras razones. Por ende, nueve de cada diez denuncias prescriben o se dejan de lado <sup>(17)</sup>.

De lo anteriormente expuesto se planteó el problema general sobre ¿Cuál es la relación entre el nivel de salud mental y el nivel de percepción de apoyo socio-sanitario percibido ante violencia contra las mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020? y los problemas específicos siguientes: 1. ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?; 2. ¿Cuál es el tipo más común de violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?; 3. ¿Cuál es la frecuencia de percepción de apoyo socio-sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?; 4. ¿Cuál es la percepción de apoyo socio-sanitario por dimensiones en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?; 5. ¿Cuál es la frecuencia de condición de salud mental en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?; y 6. ¿Cuál es la condición de salud mental por dimensiones, en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?

La justificación teórica de este estudio considera que si bien, cada vez existe más información publicada acerca de la salud mental y apoyo socio-sanitario percibido en mujeres violentadas, el presente estudio aporta al conocimiento existente sobre violencia por la pareja íntima y como ésta puede afectar la salud mental de las mismas, de igual manera abre debate respecto a la importancia y el rol del personal de salud al afrontar esta problemática. Asimismo, tiene justificación práctica porque a raíz de las conclusiones se podrán implementar acciones de mejora en la atención de estas mujeres, tanto en recuperación de salud como en el afrontamiento de su situación. Finalmente, se considera una justificación metodológica porque el presente estudio servirá de guía para futuras investigaciones, puesto que presenta instrumentos validados en nuestra región.

Por lo tanto, consideramos como hipótesis general que existe relación inversa entre la salud mental y el apoyo socio-sanitario percibido ante violencia de pareja íntima contra las mujeres usuarias de establecimientos de salud, es decir a menor apoyo más deteriorada se encontrará la salud mental de dichas mujeres.

Y como hipótesis específicas podemos determinar: 1. El perfil de la muestra se presenta caracterizado por una historia de violencia de pareja de larga duración y gravedad e historia de victimización familiar durante la infancia; 2. El nivel de apoyo socio-sanitario emocional, informacional y tangibles percibidos durante la relación de violencia fue bajo y actualmente es moderado; 3. La sintomatología de salud mental se presenta con un alto nivel de malestar psicológico ante violencia contra las mujeres de estudio.

Finalmente, el objetivo general de este estudio fue establecer la relación inversa de la salud mental y la percepción de apoyo socio sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020. Luego, estudiamos como objetivos específicos: 1. Determinar las principales características sociodemográficas de las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020; 2. Determinar el tipo más usual de violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020; 3. Determinar la frecuencia de percepción de apoyo socio-sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020; 4. Determinar la percepción de apoyo socio-sanitario por dimensiones en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020; 5. Determinar la frecuencia de condición de salud mental en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020; y 6. Determinar la condición de salud mental por dimensiones, en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

## II. MARCO TEÓRICO

La revisión bibliográfica incluyó investigaciones internacionales previas como:

Días et al. <sup>(18)</sup>, (Europa, 2019), en su investigación «El apoyo social y la victimización por violencia de pareja íntima entre adultos de seis países europeos» cuyo propósito fue evaluar la asociación entre el apoyo social y la victimización por VPI entre adultos de seis países europeos. La muestra estuvo constituida por 3496 adultos entre 18 a 64 años. La agresión física como la coerción sexual fueron los tipos de agresión que menor apoyo social obtuvieron ( $p < 0.01$ ). Este estudio reveló niveles más bajos de apoyo social entre los participantes que informaron victimización de por vida y el año pasado, independientemente de los factores demográficos, sociales y relacionados con la salud. Se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre el bajo apoyo social y la victimización por VPI.

Matos et al. <sup>(2)</sup>, (Brasil, 2019), en su investigación «El sueño y la victimización de la pareja íntima de las mujeres: prevalencia, efectos y buenas prácticas en entornos de atención médica», cuyo objetivo fue abordar la conexión entre la violencia de pareja íntima y la interrupción del sueño, el papel y las barreras de los profesionales de la salud en la detección de este tipo de violencia. El estudio manifiesta que las mujeres que padecen violencia de pareja desarrollan trastornos del sueño en modalidad de sueño truncado y pesadillas. Es importante poder percatarse de éstos síntomas, sin embargo, a veces no es posible debido a la limitada capacidad de los profesionales de la salud, los cuales no han realizado capacitaciones en detección de sintomatología. Ante la presencia de síntomas de alerta relacionados con la violencia, los profesionales de la salud pueden detectar, identificar y brindar atención continua a las mujeres, promoviendo una relación de confianza y asumiendo una escucha atenta y sin prejuicios.

Pinto et al. <sup>(7)</sup>, (Portugal, 2019), en su investigación «Síntomas de angustia psicológica y estrés postraumático: el papel de la satisfacción materna, el estrés de los padres y el apoyo social entre madres y niños expuestos a la violencia de la pareja íntima». Incluyó 160 madres y 61 niños a quienes se les realizó encuestas

virtuales anónimas. El estudio concluye que Los hallazgos sugirieron que los altos niveles de satisfacción materna y la percepción de apoyo social se asociaron significativamente de manera negativa con los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la angustia psicológica de las mujeres, mientras que el estrés parental se asoció significativamente con estos resultados. Se determinó que la satisfacción materna funge como factor protector de niños y de sus madres, puesto que, fue la única variable parental que predijo tanto la salud mental materna como los problemas emocionales y de comportamiento de los niños.

Shahalli et al. <sup>(19)</sup>, (Irán, 2019), en su investigación «Apoyo social percibido y autoestima en víctimas de violencia sexual» cuyo propósito fue investigar la relación entre la autoestima y el apoyo social percibido entre las víctimas de violencia sexual. El estudio incluyó 213 participantes (66 de violencia sexual y 147 de violencia no sexual), los instrumentos utilizados fueron la escala de autoestima de Rosenberg y la escala multidimensional de apoyo social percibido. Los resultados indican una correlación positiva significativa entre el nivel de autoestima de las víctimas de abuso sexual y el nivel de apoyo social percibido ( $r = 0,274$ ,  $p = 0,026$ ). No se encontró que otras relaciones fueran estadísticamente significativas. Se concluye que las mujeres víctimas de violencia sexual tenían poco apoyo social de su familia, amigos en su vida. Sin embargo, el apoyo de los amigos tuvo un efecto positivo menor en su autoestima.

Ferrari et al. <sup>(20)</sup>, (Gales, 2018), en su investigación «Defensa psicológica hacia la curación (PATH): un ensayo controlado aleatorio de una intervención psicológica en un entorno de servicio de violencia doméstica» cuyo propósito fue valorar la efectividad de una intervención psicológica entregada por defensores de los sobrevivientes de violencia doméstica y abuso DVA. 260 mujeres divididas en grupo estudio y control fueron sometidas a ocho sesiones especializadas de defensa psicológica (SPA) con dos sesiones de seguimiento. Los síntomas de depresión y angustia psicológica fueron determinados mediante el PHQ-9 y el CORE-OM. El estudio concluye que la intervención psicológica produjo una mejora clínicamente relevante en los resultados de salud mental en comparación con la atención de defensa normal.

Koziol-McLean et al. <sup>(21)</sup>, (Nueva Zelanda, 2018) en su investigación «Eficacia de una ayuda de decisión de seguridad basada en la web para mujeres que sufren violencia de pareja íntima: ensayo controlado aleatorio» cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de una ayuda para la toma de decisiones de seguridad (isafe) basada en la Web para mujeres que experimentan VPI. Se realizó un ensayo controlado aleatorio en 412 mujeres a quienes se les aplicó la escala de depresión revisada del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) y exposición a VPI (Escala de gravedad de la violencia contra las mujeres, SVAWS). El estudio concluye que la ayuda de decisión interactiva, individualizada y basada en Internet, fue efectiva para reducir la exposición a VPI limitada a las mujeres indígenas maoríes.

Panyayong et al. <sup>(22)</sup>, (Tailandia, 2018), en su investigación «Trastornos psiquiátricos asociados con la violencia de pareja y violencia sexual en mujeres tailandesas: resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Tailandia» cuyo propósito fue estimar la prevalencia de la violencia física de la pareja íntima y la VPI en mujeres tailandesas y la asociación entre estas formas de violencia y los trastornos psiquiátricos. Fueron 3009 mujeres encuestadas usando la Entrevista de diagnóstico internacional de salud mental mundial compuesta V.3,0 (WMH-CIDI 3,0). Solo el 5,2% de la muestra informó algún tipo de violencia, incluidas las tasas de violencia física de la pareja íntima del 3,5% y el VPI del 2,0%. Las mujeres con VPI tienen una prevalencia de por vida para los trastornos psiquiátricos comunes del 28,9%, para los comportamientos suicidas del 12,2% y para los trastornos por uso de sustancias del 8,8%. Las mujeres que habían experimentado SV tienen diagnósticos de por vida de trastornos psiquiátricos comunes del 21,4%, de conductas suicidas del 16,5% y de trastornos por uso de sustancias del 19,4%.

Choi et al. <sup>(6)</sup>, (China, 2017), en su estudio «Salud mental y calidad de vida relacionada con la salud de estudiantes universitarios chinos que fueron víctimas de violencia en el noviazgo» cuyo propósito fue evaluar la salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los estudiantes universitarios chinos que fueron víctimas de violencia en el noviazgo. Fueron encuestados 652 individuos con un instrumento múltiple que contenía la herramienta de detección de abuso, la escala de ansiedad y depresión y estrés percibido (PSS-10) y el

instrumento BREF de la OMS. La calidad de vida es mucho mejor en las mujeres que no sufren violencia, asimismo las parejas mujeres experimentan mayores niveles de depresión, estrés y ansiedad. El estudio sugiere que es primordial la evaluación de las parejas y lograr detectar sintomatologías de violencia, con la finalidad de disminuir los efectos negativos y la sintomatología descrita, esto contribuirá a una mejor CVRS.

Fasihi et al. <sup>(23)</sup>, (Irán, 2017), en su estudio «La correlación del apoyo social con la salud mental: un metanálisis» cuyo propósito fue investigar el tamaño del efecto de la relación entre el apoyo social y la salud mental en estudios en Irán. En total, 64 estudios de entre 1996 y el 2015 fueron escogidos para el metanálisis. Los resultados indican que La media del tamaño del efecto de los 64 estudios en el modelo de efectos fijos y el modelo de efectos aleatorios se obtuvo respectivamente como 0,356 y 0,330, lo que indica el tamaño del efecto moderado del apoyo social sobre la salud mental. Las conclusiones del estudio fueron que es necesario predisponer un mayor apoyo social, especialmente para mujeres, ancianos, pacientes, trabajadores y estudiantes.

Mendoza et al. <sup>(1)</sup>, (Brasil, 2017), en su estudio «Violencia de pareja íntima e incidencia de trastorno mental común» cuyo propósito fue asociar la VPI denunciada con trastornos mentales con tiempos precedentes de 1 año y 7 años. El estudio fue de cohorte prospectivo y se realizó en 390 mujeres. Para la salud mental se utilizó el SRQ-20. Los trastornos mentales tuvieron una incidencia de 44,6% en el último año y 43,4% durante los últimos siete años. Se determinó asociación entre trastornos mentales y violencia psicológica (RR = 3,0; IC 95% 1,9–4,7 y RR = 1,8; IC 95% 1,0–3,7 en los últimos 12 meses y siete años, respectivamente), aun cuando no existía otros tipos de violencia. Cuando se combinó la violencia psicológica con violencia física o sexual, el riesgo de trastornos mentales comunes fue aún mayor, tanto en el último año (RR = 3,1; IC 95% 2,1–4,7) como en los últimos siete años (RR = 2,5; IC 95% 1,7–3,8).

En lo que se refiere a teorías, se realizó una búsqueda de informaciones científicas actuales sobre salud mental y su afectación por la violencia de pareja íntima, así como la asociación de la misma con el apoyo socio-sanitario que percibe la víctima.

En 1979, Lenore Walker publicó «La mujer maltratada» dentro de la cual propuso su teoría de reducción de tensión de tres etapas distintas asociadas con el maltrato recurrente en casos de violencia doméstica: la fase de aumento de tensión, el incidente de maltrato agudo y la fase de luna de miel. En lugar de ver la violencia doméstica como un conjunto de episodios de violencia que ocurren al azar, Walker demostró cómo la violencia siguió un ciclo o patrón predecible que se repitió. Con cada ciclo, el tiempo requerido para completarlo se acorta y aumenta la violencia dentro de él. Para explicar por qué las mujeres permanecen en la relación abusiva, Walker incorporó conceptos tales como la impotencia aprendida, el síndrome de la mujer maltratada y el síndrome de estrés postraumático <sup>(24)</sup>.

Seligman propone la teoría de la «impotencia aprendida», donde las personas se dejan caer en estado de indefensión ante situaciones adversas que creen no poder cambiar, llevados por la frustración y el miedo. Seligman experimentó con animales, en los que dio descargas eléctricas desagradables, dejándole la posibilidad mediante el uso de palancas, evitar a no el dolor de las descargas, demostrando así, que la falta de respuesta eficaz ante ciertos eventos o sucesos traumáticos desarrolla esquemas mentales pobres de invalidez y desesperanza que nos impide actuar. Continuando con la experiencia de Seligman, podemos decir que los cambios en los hábitos animales están relacionados con la falta de percepción de contingencia entre sus actitudes y el resultado. Para estos animales, el daño se había vuelto incontrolable y, por lo tanto, estaban acostumbrados a sufrirlo <sup>(25)</sup>.

Esta misma investigación se realizó con seres humanos para ver si sucedió algo similar. La pérdida de control sobre el medio ambiente o la expectativa de falta de control aparecen cuando la persona ha tomado varias medidas para salir de una situación y ha fallado. La persona sufre desgaste y llega un momento en que las fuerzas se agotan y se dice a sí mismo «si tiene que ser así, será». Sin embargo, esto no termina ahí. Este sentimiento de abandono generalmente ocurre en otras situaciones, ya que la percepción de control se ve muy alterada. El pensamiento es claro: si no puedo cambiar nada, ¿por qué actuar? Si llegamos a la conclusión de que el problema está dentro de nosotros, la autoestima disminuye automáticamente. Pero si la situación es el resultado de un factor externo,

perdemos el control y nos deprimimos. Ahora, la depresión es un factor emocional que se desarrolla solo cuando la falta de control se refiere a algo que anhelamos.

Una teoría complementaria a la establecida inicialmente por Seligman señala que el estado depresivo se debe a la falta de esperanza para mejorar o cambiar esta situación específica. Si tenemos una expectativa negativa sobre este importante evento, y además no hay nada que se pueda hacer al respecto, perdemos la esperanza. Por lo tanto, se vuelve muy difícil poder cambiar ese sentimiento. Y causa mucho dolor. La impotencia aprendida es un proceso mental y emocional que nos lleva a actuar de cierta manera en función de estímulos o experiencias pasadas. Tiende a estar muy presente en aquellas personas que fueron criadas bajo un régimen muy autoritario, con castigos frecuentes y pocas recompensas. Cuando nos regañan constantemente e independientemente de lo que hagamos, dejamos de responder. Esto también sucede cuando existen estas recompensas, pero son independientes de lo que hacemos. Por eso, la importancia de los premios y el tiempo para ofrecerlos cuando estamos educando a alguien <sup>(25)</sup>.

Dutton y Painter intentan explicar por qué las mujeres que inicialmente abandonaron una relación abusiva vuelven a ella. Esta teoría está basada en la teoría de la «identificación con el agresor», que se produce cuando un individuo está sometido por el miedo de su agresor, del que depende su vida. Los autores definen esta *unión traumática* como una unión emocional entre dos personas donde una de ellas amenaza y maltrata a la otra en un evidente desequilibrio de poder, aunque la dependencia del agresor respecto de la víctima se pone de manifiesto si ésta huye; es decir, es una unión simbólica de la indefensión <sup>(26)</sup>.

Según la Convención de Belém do Pará (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, adoptada por la OEA en 1994), la violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en el género, que causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, tanto en el ámbito público como privado <sup>(27)</sup>.

La violencia doméstica y familiar ocurre en todas las razas, edades y sexos. No conoce limitaciones culturales, socioeconómicas, educativas, religiosas,

geográficas o de orientación sexual. La violencia es de diversos tipos. Violencia física (visual), se entiende como cualquier conducta que ofende la integridad o la salud corporal de la mujer. Se practica usando la fuerza física del agresor, que lastima a la víctima de varias maneras o incluso con el uso de armas, ejemplos: golpear, patear, quemar, cortar y mutilar. La violencia psicológica es no visual, pero muy extensa y se refiere a cualquier conducta que cause daño emocional y reduzca la autoestima de la mujer, en este tipo de violencia, es muy común que a las mujeres se les prohíba trabajar, estudiar, salir de casa o viajar, hablar con amigos o parientes <sup>(28)</sup>.

También ocurre violencia sexual que se basa fundamentalmente en la desigualdad entre hombres y mujeres. Por lo tanto, se caracteriza como cualquier conducta que obliga a las mujeres a presenciar, mantener o participar en relaciones sexuales no deseadas; cuando la mujer se ve obligada a prostituirse, a abortar, a usar anticonceptivos contra su voluntad o cuando sufre acoso sexual, mediante intimidación, amenaza, coacción o uso de la fuerza; eso la induce a comercializar o usar su sexualidad de cualquier manera. Por otro lado, la violencia patrimonial implica conductas que constituyen retención, sustracción, destrucción parcial o total de objetos pertenecientes a mujeres, instrumentos de trabajo, documentos personales, activos, valores y derechos o recursos económicos, incluidos aquellos destinados a satisfacer sus necesidades <sup>(28)</sup>.

Otro tipo de violencia es la moral, entendida como cualquier conducta que provoque calumnias, cuando el agresor o agresor afirma falsamente que cometió un delito que no cometió; difamación; cuando el agresor atribuye a la mujer hechos que empañan su reputación o lesión, ofende la dignidad de la mujer, como ejemplos se pueden mencionar las opiniones contra la reputación moral, criticar y maldecir, este tipo de violencia ocurre también en redes sociales <sup>(28)</sup>.

La OMS <sup>(29)</sup> recopila los factores de riesgo asociados con IPV a nivel individual, relacional, comunitario y social. Dichos factores no respaldan una relación causal, pero son indicadores importantes para comprender el fenómeno y desarrollar estrategias de intervención. A nivel individual, se identifican los siguientes factores

de riesgo: haber experimentado o sufrido violencia previa; estar en embarazo o postnatal; ser joven, especialmente para quienes padecen la violencia, pero también para quienes atacan; haber estado expuesto al abuso infantil; tener creencias sobre aceptar la violencia; presente características de personalidad antisocial (para los autores); uso nocivo de alcohol (para los autores). Hubo desacuerdos sobre la influencia de los niveles de escolaridad, ya que las mujeres con escolaridad hasta la escuela primaria tenían el doble de riesgo de tener relaciones violentas, mientras que las mujeres con más educación podrían ser más propensas a experimentar violencia sexual por parte de su pareja. Todavía no se ha encontrado ninguna relación entre los tipos de violencia y el nivel de educación.

Las múltiples parejas y la infidelidad masculina son mencionados como factores de riesgo a nivel relacional; asimismo, la ausencia de satisfacción matrimonial (para ambos); desacuerdo sobre los roles de género y las prácticas sexuales (para ambos). Algunos estudios han señalado la disparidad educativa (hombres con menos educación que sus parejas). El factor de riesgo comunitario más constante fue que el medio ambiente tenía sanciones comunitarias débiles, ya sea presión legal o social, como las reacciones de las personas ante situaciones de violencia. En el ámbito social, las normas de género tradicionales, que conllevan inequidades, se presentan como factores de riesgo e influyen estructuralmente en el acceso desigual a los recursos de la comunidad. atención de salud, participación en educación, oportunidades de empleo, niveles de ingresos y representación política. Además, las disposiciones legales son factores asociados solo con las mujeres que sufren, revelando una influencia importante para hacer frente a la situación <sup>(29)</sup>.

La salud de las mujeres que son víctimas de violencia doméstica se ve afectada de diferentes maneras y en diferentes ámbitos e intensidades <sup>(12)</sup>. Las marcas de sufrimiento que resultan de la victimización aparecen inmediatamente en el cuerpo, en la salud, trayendo no solo consecuencias físicas, sino también mostrando varios tipos de asociación, somatización y discapacidad mental, como ideación suicida, pérdida de autoestima, depresión, fobias, pesadillas, crisis de angustia, psicosis, miedo a las relaciones sexuales, entre otros <sup>(30)</sup>. Otras consecuencias, como lo revela la literatura, son las enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, presión

arterial alta, dolor crónico, problemas intestinales y fibromialgia. Con respecto a la salud sexual y reproductiva, lo que se observa son disfunciones sexuales, enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones de transmisión sexual e infertilidad. Las mujeres víctimas también tienen problemas psico-emocionales, revisiones recientes han sugerido que ser víctima de violencia doméstica es común entre las personas con trastornos mentales <sup>(11)</sup>. La principal asociación a largo plazo de VPI es la enfermedad mental, con un riesgo tres veces mayor de trastornos depresivos, un riesgo cuatro veces mayor de trastornos de ansiedad y un riesgo siete veces mayor de trastorno de estrés postraumático <sup>(9, 31)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar, en el que el individuo conoce sus capacidades y las utiliza de manera efectiva y productiva que será útil para sus respectivas comunidades <sup>(32)</sup>. Considerando que son múltiples los factores que afectan la salud (bio-psicosociales, culturales, económicos y espirituales), la salud mental no sólo está asociado a la biología y psicología, sino que también está influenciada por aspectos sociales concurrentes, dimensiones y naturaleza. Factores sociales, que pueden desempeñar un papel importante en la creación, el mantenimiento y la promoción de la salud, han sido importantes en la incidencia, prevalencia y persistencia de la enfermedad <sup>(13)</sup>. A este respecto, es muy importante prestar atención a los factores sociales que influyen en la salud mental, y el apoyo social percibido es uno de esos factores.

En contraste con los factores de riesgo contextuales, la percepción de las mujeres sobre el apoyo social se ha establecido como un factor clave para proteger a las mujeres de los efectos negativos de VPI <sup>(7)</sup>. Esto puede deberse a que las mujeres con relaciones de apoyo perciben la situación estresante con sus parejas como menos amenazante, lo que mejora la capacidad de buscar ayuda de fuentes formales y la capacidad posterior mantenerse a salvo <sup>(33)</sup>.

La salud, el empleo y los servicios sociales pueden desempeñar un papel vital en la prevención, la recopilación de datos y la prestación de tratamiento a las víctimas de la violencia. En algunos países (por ejemplo, Islandia y Alemania), se han creado salas dedicadas para víctimas de violencia, adoptando procedimientos para la

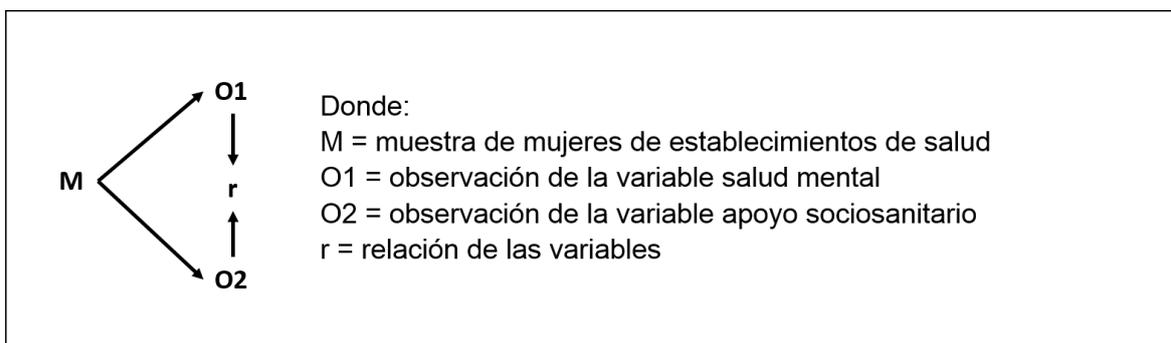
cooperación con la policía (estableciendo sistemas para registrar datos y pruebas médicas) y servicios de apoyo para mujeres. En algunos países (Bélgica, Holanda, España) ciertos municipios brindan soporte electrónico dispositivos (dispositivos de alarma GPS) para mujeres que sufren de acoso por parte de ex parejas, para protegerlas y asegurar ayuda inmediata en caso de necesidad. Interesante los programas también se proporcionan en la ex Yugoslava República de Macedonia, donde el apoyo legal especial se suministra a mujeres que lo necesitan y en los Países Bajos, donde las madres participan como mentoras para ayudar otras madres que son víctimas de violencia doméstica, involucrando a su vez al personal de la salud <sup>(34)</sup>.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue de enfoque cuantitativo, con finalidad básica y alcance correlacional. Se fundamenta porque extrajo conclusiones a partir de una hipótesis sobre la salud mental y el apoyo socio-sanitario, incrementó nuevo conocimiento y recabó información sobre un fenómeno estudiado.

El diseño de estudio fue no experimental, tipo transversal correlacional. Se argumenta porque se observó los hechos sin manipulación de variables y describió y recolectó datos en un tiempo único presente.



**Figura 1.** Esquema del tipo de investigación

#### 3.2. Variables y operacionalización

Las variables de estudio fueron la salud mental y el apoyo socio-sanitario percibido.

##### **Variable 1** Salud mental

- Definición conceptual: es una condición, sujeta a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que le permite al individuo lograr una síntesis satisfactoria de sus propios impulsos instintivos potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armoniosas con otros; y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico <sup>(35, 36)</sup>.

- Definición operacional: Es cuando al aplicar el cuestionario de salud general de Golberg (GQH – 12), la entrevistada obtenga valores de 5 a más puntos que indicarán presencia de psicopatología, de lo contrario estaremos ante la sospecha o la ausencia de la misma <sup>(37)</sup>.

## Variable 2 Apoyo socio – sanitario percibido

- Definición conceptual: El apoyo social y sanitario percibido se define simplemente como la creencia del individuo de obtener ayuda social y sanitaria cuando sea necesario. El apoyo percibido consiste, tanto en el apoyo que se puede obtener, como en la satisfacción que se obtiene con el mismo <sup>(38)</sup>.
- Definición operacional: Es cuando se realiza un proceso interactivo donde la persona que interactúa con la mujer violentada logra comprender sus necesidades y a su vez logra apoyarla en lo que necesite; es decir, apoyo emocional, ayuda material, apoyo en las relaciones de ocio y distracción, apoyo afectivo y apoyo sanitario <sup>(39)</sup>. El apoyo percibido será valorado como bajo, moderado, alto o muy alto <sup>(40)</sup>.

Las variables sociodemográficas fueron edad, nacionalidad, profesión u ocupación, nivel socioeconómico, estado civil y número de hijos, conductas agresivas, historia de agresión.

**Tabla 1.** Operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORÍA	NIVEL Y RANGO	
Salud Mental	Bienestar psicológico	Concentración	P1	(0)	Mejor que de costumbre/habitual Igual que de costumbre/habitual Menos que de costumbre/habitual Mucho menos que de costumbre/habitual No en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual	0 – 4 Ausencia de psicopatología 5 – 6 Sospecha de psicopatología 7 – 12 Presencia de psicopatología
		Roles	P3	(0)		
		Toma de decisiones	P4	(0)		
		Recreación	P7	(1)		
		Resolución de problemas	P8	(1)		
		Felicidad	P12	(1)		
		Preocupación	P2	(0)		
		Tensión	P5	(0)		
		Resiliencia	P6	(1)		
		Depresión	P9	(1)		
		Confianza	P10	(1)		
		Autoestima	P11			
Apoyo socio-sanitario percibido	Emocional (Sanitario)	-Familiares -Amigos -Vecinos -ECU 911	P1 –P7	(1) Bajo (2) Moderado (3) Alto (4) Muy alto	< 1,58 Apoyo bajo 1,59 – 1,69	

	Informacional (Social)	-Policía -Unidad Judicial -Fiscalía -Ministerio de Salud	P8 – P14		Apoyo moderado 1,70 – 1,86 Apoyo alto
	Tangible (Sanitario y social)	-Unidad Judicial -CEPAM -Fundación María Guare	P15 – P21		> 1,87 Apoyo muy alto
Historia de maltrato	Último año de convivencia	-Duración de la situación de maltrato -Tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia -Nivel de maltrato físico -Nivel de maltrato psicológico -Nivel de maltrato sexual -Víctima de violencia en la infancia por parte de la familia de origen	P1-P22	(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Siempre	
	Edad			(0) Sin estudios (1) Básica incompleta (2) Básica completa (3) Media incompleta (4) Media completa (5) Técnica incompleta (6) Técnica completa (7) Universitaria incompleta (8) Universitaria completa	
Variables sociodemográficas	Nivel educativo			(1) Ama de casa (2) Trabajadora informal (3) Trabajadora formal (4) Desempleada (5) Estudiante	
	Situación laboral	La que refiera la usuaria		(1) Bajo (2) Medio – Bajo (3) Medio – Alto (4) Alto	
	Nivel socioeconómico			(1) Soltera (2) Casada (3) Conviviente (4) Separada (5) Divorciada (6) Viuda	
	Estado civil				
	Hijos				Número de hijos

Fuente: Elaboración propia

### 3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

La población estuvo conformada por la totalidad de mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil que refirieron agresión de pareja íntima.

La muestra fue censal y estuvo compuesta por el total poblacional. Se consideró a 50 usuarias externas de los establecimientos de salud de Guayaquil, en la primera mitad del período junio de 2020.

Los criterios de inclusión fueron: a) Mujeres entre 18 y 60 años, b) Mujeres que aceptaron participar de forma voluntaria, c) Mujeres que manifestaron historia de violencia.

Y los criterios de exclusión serán: a) Usuarias con limitaciones físicas o psíquicas que impida la proporción de datos, b) Usuarias que no residan en Guayaquil.

La unidad de análisis será la mujer usuaria de los centros de salud de Guayaquil que refieren agresión de pareja íntima.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó la encuesta como técnica para indagar sobre salud mental y apoyo socio-sanitario. Fueron dos los instrumentos utilizados; el primero, la Escala de Salud general de Goldberg (GHQ-12); y el segundo una escala Likert, que fue adaptada del cuestionario utilizado por Labra <sup>(40)</sup>.

La escala de salud general de Golberg (GHQ-12) ha demostrado ser una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental en población general y en población clínica, siendo uno de los instrumentos de tamizaje validado más utilizado en todo el mundo y uno de los más recomendados para ser empleado en encuestas de salud <sup>(37)</sup>.

**Tabla 2.** Ficha técnica de instrumento GHQ-12

<u>Nombre del cuestionario</u> Cuestionario de Salud General de 12 ítems.	
Autor/Autora	Goldberg & Williams (1998)
Adaptado	Merino y Casas (2013)
Administración	Individual, grupal
Tiempo de aplicación	10 minutos
Tipificación	Ausencia, sospecha y presencia de psicopatología
Dimensión que evalúa	Salud general (unidimensional)

Estructura	Compuesto de 12 ítems, con cuatro alternativas de respuesta. Todos con indicadores en escala tipo Likert con valores 0=mejor que de costumbre, 0= igual que de costumbre, 1= Menos que de costumbre, 1= Mucho menos que de costumbre
------------	--

---

El cuestionario para la medición del apoyo socio-sanitario quedó estructurado con datos sociodemográficos y 33 preguntas cerradas sobre percepción de apoyo, conformada por 3 dimensiones (emocional, informativa y tangible) y medidas según la escala de Likert. Para la asignación de las categorías de apoyo socio-sanitario percibido se utilizó el percentil, 25, mediana y percentil 75, quedando establecidos los rangos de la siguiente manera: (Rangos de porcentaje: Apoyo socio-sanitario bajo menor de 1,58; Apoyo socio-sanitario moderado 1,59 – 1,69; Apoyo socio-sanitario alto 1,70 – 1,86; Apoyo socio-sanitario muy alto mayor de 1,87. **(Anexo 3)**

**Tabla 3.** Ficha técnica de instrumento apoyo socio-sanitario

Cuestionario de Percepción de apoyo socio-sanitario	
Autor/Autora	Br. Edith Kiara Manzano Estrella
Adaptado	Adaptado de Paloma Labra
Administración	Individual

Tiempo de aplicación	20 minutos
Tipificación	Apoyo socio-sanitario bajo, moderado, alto, muy alto
Edad	De 18 en adelante
Calificación	Escala Likert
Estructura	Compuesto por datos sociodemográficos y 33 ítems, con tres dimensiones e indicadores por cada una. Todos con indicadores en escala tipo Likert con valores 1=Nunca, 2= Casi nunca, 3= En ocasiones, 4=Siempre y 5=Casi siempre

---

La validación del instrumento fue sometida a consideración y opinión de tres especialistas: Primer experto: Doctor en criminalística Jaime Uxon Plasencia Castillo, maestro en estomatología y docente universitario con 10 años de experiencia. El segundo experto Magister en docencia universitaria e investigación pedagógica Carranza Samanez Kilder Maynor, MBA en Gestión del sector de la Salud, Master en Ciencias Forenses y especialidad en Estadística e Investigación, con cuatro años de experiencia docente y siete años de experiencia en investigación. El tercer experto Master en Ciencias Odontológicas Dulanto Vargas Julissa Amparo, MBA en Gestión del Sector de la Salud.

El estadístico utilizado para la validez de instrumento fue el coeficiente de validez de contenido de Hernández – Nieto <sup>(41, 42)</sup>, cuyo valor fue estimado en CVC = 0,95, certificando la validez del mismo; el CVC adopta valores entre 0 y 1, siendo los valores superiores a 0,8 considerados de muy alta validez. **(Anexo 4)**

**Tabla 4.** Validación de juicio de expertos

Experto	Grado Académico	Nombre y Apellidos	Dictamen
	Doctor	Jaime Uxon Plasencia Castillo	Aplicable
1	Doctor	Carranza Samanez Kilder M.	Aplicable
2	Doctora	Julissa Amparo Dulanto Vargas	Aplicable

El estudio también ayudó a determinar la confiabilidad del instrumento. Se analizó con la prueba estadística de Alfa de Cronbach para obtener un valor de 0,877 equivalente a bueno. **(Anexo 5)**

**Tabla 5.** Prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad		Nivel
Alfa de Cronbach	Nº de elementos	
0,88	33 preguntas de apoyo socio-sanitario	Bueno

Los procedimientos incorporaron los siguientes pasos:

- Adaptación del cuestionario.

- Validación de contenido por juicio de expertos.
- Permisos y autorización para aplicar la encuesta en su institución: Se solicitó permiso y autorización a los directivos de la Unidad de acompañamiento familiar del Ministerio de inclusión económica y social con sede en Guayaquil, explicando el objetivo del estudio. Se emitió la carta de autorización **(Anexo 6)**.
- Puesto que la ejecución de la presente investigación se realizó en los meses donde el Ecuador se encontró en cuarentena por la pandemia de COVID-19, se decidió contactar telefónicamente a las usuarias externas del programa de acompañamiento familiar del MIES. Se brindó información verbal acerca de la investigación solicitando el consentimiento de participación en el mismo: Se solicitó permiso a las usuarias externas, que fueron plasmados con la explicación del estudio, mostrando su decisión de participación voluntaria con su aceptación verbal y declarando el investigador sobre el cumplimiento de esta acción. **(Anexo 7)**
- Aplicación de prueba: Durante el desarrollo de la entrevista, se informó sobre el anonimato de la investigación obtenida y su tratamiento de confidencialidad.

Asimismo, se incorporaron los siguientes pasos:

- Entrevista telefónica para aplicación de cuestionario de apoyo socio-sanitario percibido y test de Goldberg, siempre manteniendo un clima de respeto y confidencialidad.
- Organización de la información. Se organizó la información recolectada, salvaguardados en archivo codificado para su lectura, el mismo que fue analizado de forma estadística.

### **3.5. Procedimientos**

Los procedimientos incorporaron los siguientes pasos:

- Adaptación del cuestionario.
- Validación de contenido por juicio de expertos.
- Permisos y autorización para aplicar la encuesta en su institución: Se solicitó permiso y autorización a los directivos de la Unidad de acompañamiento familiar

del Ministerio de inclusión económica y social con sede en Guayaquil, explicando el objetivo del estudio. Se emitió la carta de autorización **(Anexo 6)**.

- Puesto que la ejecución de la presente investigación se realizó en los meses donde el Ecuador se encontró en cuarentena por la pandemia de Covid 19, se decidió contactar telefónicamente a las usuarias externas del programa de acompañamiento familiar del MIES. Se brindó información verbal acerca de la investigación solicitando el consentimiento de participación en el mismo: Se solicitó permiso a las usuarias externas, que fueron plasmados con la explicación del estudio, mostrando su decisión de participación voluntaria con su aceptación verbal y declarando el investigador sobre el cumplimiento de esta acción. **(Anexo 7)**
- Aplicación de prueba: Durante el desarrollo de la entrevista, se informó sobre el anonimato de la investigación obtenida y su tratamiento de confidencialidad.

Asimismo, se incorporaron los siguientes pasos:

- Entrevista telefónica para aplicación de cuestionario de apoyo socio-sanitario percibido y test de Goldberg, siempre manteniendo un clima de respeto y confidencialidad.
- Organización de la información. Se organizó la información recolectada, salvaguardados en archivo codificado para su lectura, el mismo que fue analizado de forma estadística.

### **3.6. Método de análisis de datos**

El tratamiento de los datos fue realizado mediante una base de datos anónima y codificada con el programa MS Excel®. El análisis de los datos se hizo con el programa SPSS® v. 23. 0 para Windows. La descripción de las variables se realizó con cuadros de distribución de frecuencias y gráficos circulares y de barras, por ser variables categóricas.

El coeficiente de la consistencia interna usado fue el alfa de Cronbach. Para su cálculo se utilizó el procedimiento Fiabilidad del programa estadístico SPSS® que ofreció el valor puntual y su intervalo de confianza al 95%. El valor obtenido fue de 0,7; valor por encima del mínimo permitido (0,7) para investigaciones en salud.

Al poseer variables de escala ordinal se aplicó una prueba de correlación no paramétrica, en este caso el coeficiente de correlación de Spearman. Este coeficiente permitió estudiar la relación lineal entre dos variables cuantitativas relacionadas a ambos cuestionarios. Una asociación nula resultó en  $r=0$ , mientras que aumentó la relación a medida que se aproximó a 1 o a -1. El signo del coeficiente indicó el sentido de la asociación, siendo una relación directa cuando fue un signo positivo y una relación inversa cuando el signo fue negativo.

### **3.7. Aspectos éticos**

Las mujeres participantes fueron debidamente informadas sobre el propósito del estudio, garantizando plenamente el derecho a la privacidad. Asimismo, la ética para realizar la siguiente investigación está sustentada con documentaciones académicas que garantizan la originalidad del estudio, respeto de autoría y la divulgación de la misma con fines académicos. **(Anexo 12-16)**

#### IV. RESULTADOS

Luego de realizar la entrevista se obtuvo los datos que permiten dar respuesta a los objetivos de investigación, se detallan a continuación.

**Tabla 6.** Asociación entre salud mental y percepción de apoyo socio-sanitario percibido ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

		APOYO SOCIO SANITARIO				Total	Rho Spearman
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO		
PSICO-PATOLOGÍA	AUSENCIA	2	0	0	1	3	Rho= -
		8,7%	0,0%	0,0%	100,0%	6,0%	
	SOSPECHA	3	6	9	0	18	
		13,0%	54,5%	60,0%	0,0%	36,0%	
	PRESENCIA	18	5	6	0	29	p - valor=
		78,3%	45,5%	40,0%	0,0%	58,0%	0,013
<b>Total</b>		23	11	15	1	50	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Fuente: Matriz de datos

Existe relación entre la salud mental de las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil, con el apoyo socio-sanitario percibido (Rho = -0,349,  $p < 0,05$ ). El 58% de las entrevistadas poseen psicopatología; este porcentaje es mayor en los que percibieron un apoyo socio-sanitario bajo (78,3% que percibieron apoyo bajo poseen daño psicológico, frente al 40% y el 0% de los que percibieron apoyo alto y muy alto, respectivamente). Por otro lado, sólo el 6% de las mujeres no poseen daño psicopatológico; siendo este porcentaje mayor en los que percibieron apoyo socio-sanitario muy alto (el 100% de las mujeres que percibieron apoyo muy alto no posee daño psicológico, frente al 8,7% de mujeres que percibieron el apoyo bajo) (Tabla 6)

**Tabla 7.** Características sociodemográficas de mujeres ante violencia de pareja íntima de los establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

SOCIODEMOGRÁFICOS		Frecuencia	Porcentaje	Sig.		
EDAD	MENORES DE 40	12	24,0	chi <sup>2</sup> = 25,48 p-valor: 0,00		
	DE 40 A 59	33	66,0			
	DE 60 A MÁS	5	10,0			
	Total	50	100,0			
NIVEL EDUCATIVO	BÁSICA INCOMPLETA	4	8,0	chi <sup>2</sup> = 39,04 p-valor: 0,00		
	BÁSICA COMPLETA	4	8,0			
	MEDIA COMPLETA	20	40,0			
	TÉCNICA INCOMPLETA	1	2,0			
	TÉCNICA COMPLETA	5	10,0			
	UNIVERSITARIA INCOMPLETA	13	26,0			
	UNIVERSITARIA COMPLETA	3	6,0			
	Total	50	100,0			
	SITUACIÓN LABORAL	AMA DE CASA	15		30,0	chi <sup>2</sup> = 5,52 p-valor: 0,137
		TRAB. INFORMAL	18		36,0	
TRAB. FORMAL		8	16,0			
DESEMPLEADO		9	18,0			
Total		50	100,0			
ESTADO CIVIL	CASADA	24	48,0	chi <sup>2</sup> = 29,00 p-valor: 0,00		
	CONVIVIENTE	11	22,0			
	SEPARADA	8	16,0			
	DIVORCIADA	5	10,0			
	VIUDA	2	4,0			
Total	50	100,0				
HIJOS PREVIOS	1 A 2	17	34,0	chi <sup>2</sup> = 13,88 p-valor: 0,00		
	3 A 4	28	56,0			
	5 A 6	5	10,0			
	Total	50	100,0			
NIVEL SOCIO ECONÓMICO AUTOPERCIBIDO	BAJO	6	24,0 2,0	chi <sup>2</sup> = 24,76 p-valor: 0,00		
	MEDIO BAJO	33				
	MEDIO ALTO	11	8,0			
	Total	50	100,0			
NACIONALIDAD	ECUATORIANA	50	100,0	-----		

Fuente: Matriz de datos

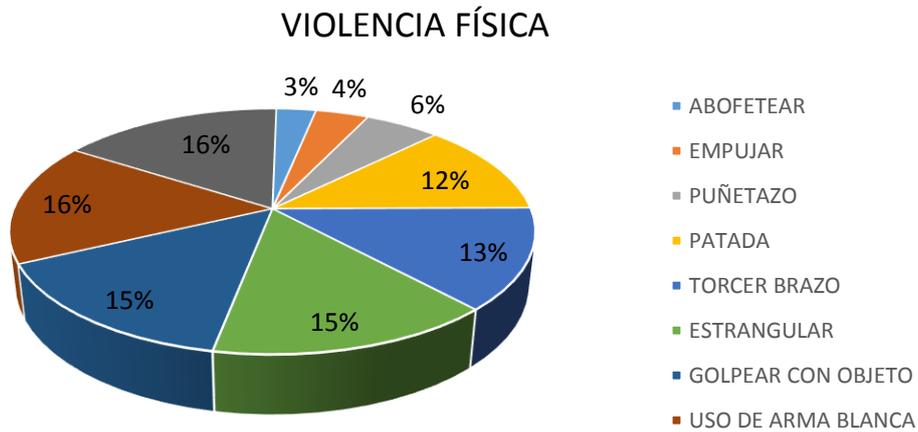
Todas las entrevistadas poseen nacionalidad ecuatoriana; la mayoría de ellas se encuentra entre los 40 a 59 años, asimismo poseen educación media completa o están estudiando una carrera universitaria, además se insertan de manera informal en el mercado laboral y en su mayoría son casadas. El estrato socio-económico percibido es medio bajo y en su mayoría poseen de entre 3 a 4 hijos. (Tabla 7)

**Tabla 8.** Tipo más comunes de violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud en Guayaquil, 2020.

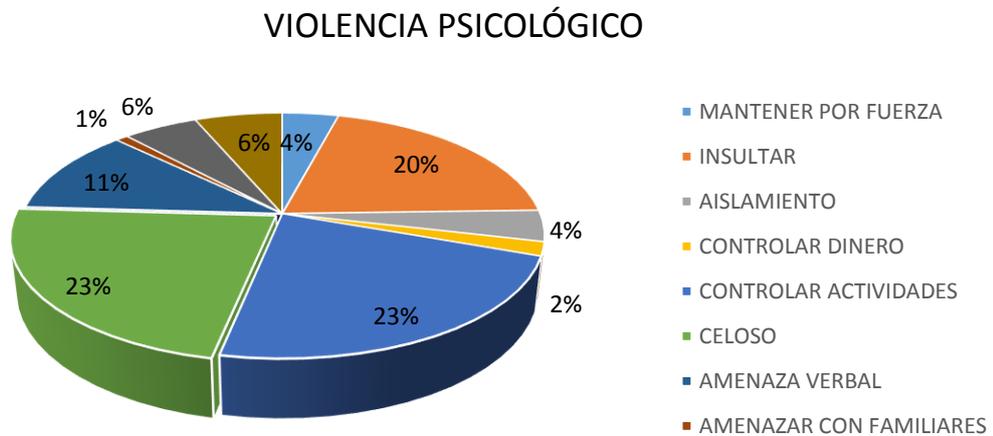
Tipo de agresión	Modalidad de agresión	Total	Frecuencia	Porcentaje
<b>FÍSICO</b>	ABOFETEAR	41	34	82%
	EMPUJAR	38	38	76%
	PUÑETAZO	33	36	66%
	PATADA	12	34	24%
	TORCER BRAZO	9	31	18%
	ESTRANGULAR	4	31	8%
	GOLPEAR C/ OBJETO	4	29	8%
	USO ARMA BLANCA	0	29	0%
	USO ARMA FUEGO	0	26	0%
	USO DE FUERZA	9	24	18%
<b>PSICOLÓGICO</b>	INSULTOS	45	22	90%
	AISLAMIENTO	9	21	18%
	CONTROL DINERO	4	18	8%
	CONTROL ACTIVIDADES	50	16	100%
	CELOS	50	15	100%
	AMENAZA VERBAL	25	14	50%
	AMENAZA FAMILIAR	2	12	4%
	AMENAZA SEPARACIÓN	12	10	24%
	ROMPE OBJETOS	14	8	28%
<b>SEXUAL</b>	SEXO FUERZA	15	6	30%
	SEXO REPRESALIA	1	5	2%
	SEXO DROGADA	2	2	4%

Fuente: Matriz de datos

En la violencia física se presentaron 3 modalidades (bofetadas, empujones y puñetazos). La violencia psicológica fue el tipo de mayor frecuencia, y la principal modalidad fueron los celos en parejas, seguida de los insultos y el control de actividades. La violencia sexual fue la de menor casuística, siendo el sexo por la fuerza, su principal presentación (Tabla 8 y Figuras 2-4)

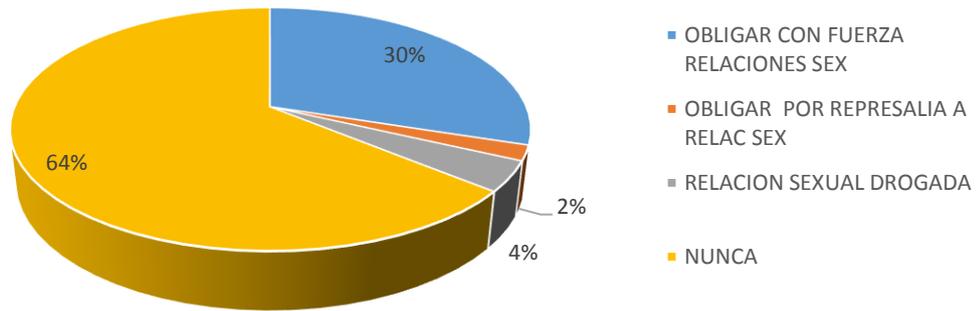


**Figura 2.** Frecuencia de maltratos físicos ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.



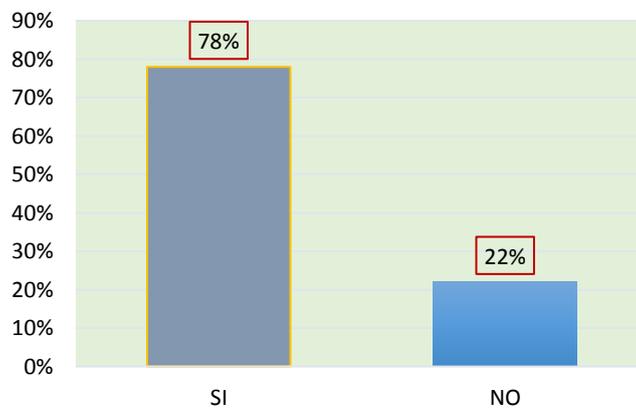
**Figura 3.** Frecuencia de maltratos psicológicos ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

### VIOLENCIA SEXUAL



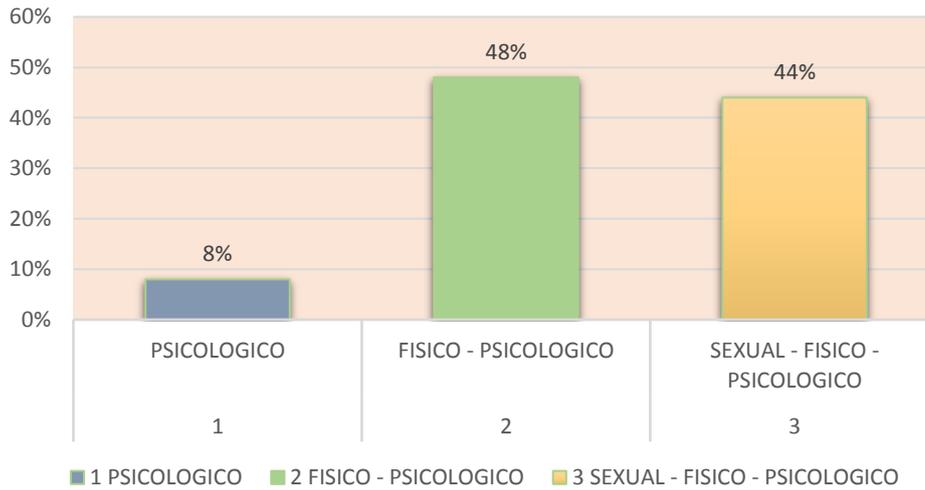
**Figura 4.** Frecuencia de maltratos psicológicos ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

### ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA



**Figura 5.** Antecedentes de violencia en la infancia en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

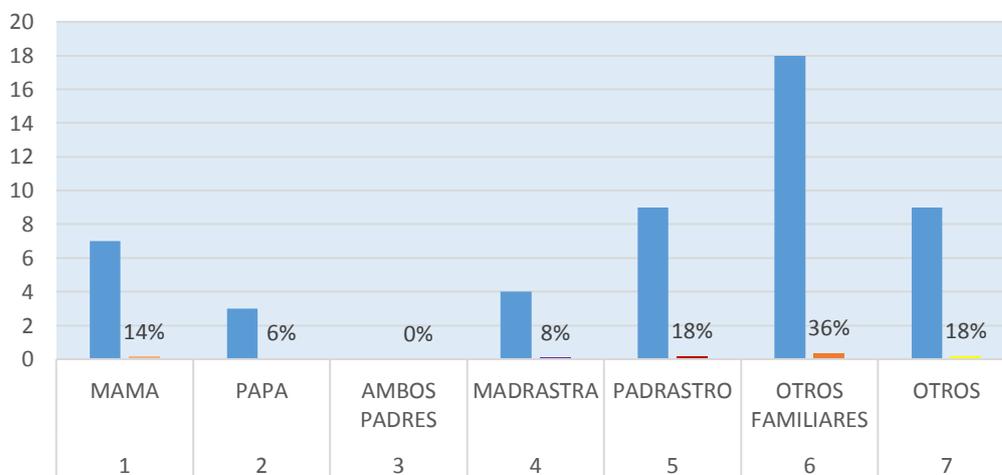
### TIPO DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA



**Figura 6.** Tipo de violencia vivido en la infancia en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

En el tema de antecedentes de violencia en la Infancia, tenemos que el 78% de mujeres de la investigación vivieron violencia por parte de su familia de origen, y un 22% no. Del total de 50 mujeres que vivieron violencia, un 8% experimentó violencia psicológica, 48% física y psicología y 44% física, psicológica y sexual sexual (Figuras 4 y 5)

### PRINCIPALES AGRESORES EN LA INFANCIA



**Figura 7.** Principales agresores en la Infancia en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

En la Figura 6 se pueden ver los datos de quienes fueron los agresores en la infancia de las mujeres de la muestra. El mayor porcentaje corresponde a otros familiares entre los que se encuentran Abuelos, tíos y primos.

### OBJETIVO ESPECÍFICO 3

**Tabla 9.** Frecuencia de la percepción de apoyo socio-sanitario ante violencia de pareja íntima de mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

Percepción de apoyo socio-sanitario	n	%	p
Bajo	23	46,0%	Chi <sup>2</sup> =20,08 P=0,00
Moderado	11	22,0%	
Alto	15	30,0%	
Muy alto	1	2,0%	
Total	50	100%	

Fuente: Matriz de datos

La percepción de apoyo socio-sanitario fue en su mayoría baja (46%), sólo una de las entrevistadas consideró haber recibido un apoyo muy alto (2%). Las diferencias entre los 4 grupos fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Tabla 9)

## OBJETIVO ESPECÍFICO 4

**Tabla 10.** Apoyo socio-sanitario percibido por dimensiones ante violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil, 2020.

Apoyo socio-sanitario		MEDIANA	RANGO IQT
<b>EMOCIONAL (SANITARIO)</b>	FAMILIARES	3	(2 - 3)
	AMIGOS	2	(1 - 2)
	VECINOS	1	(1 - 1)
	U. JUDICIAL	1	(1 - 1)
	MIN. INCLUSIÓN	3	(1 - 3)
	CEPAM	1	(1 - 1)
	MARÍA GUARÉ	1	(1 - 1)
	TOTAL	12	(11 - 13)
<b>INFORMACIONAL (SOCIAL)</b>	FAMILIARES	1	(1 - 1)
	AMIGOS	2	(1 - 2)
	VECINOS	1	(1 - 1)
	U. JUDICIAL	1	(1 - 1)
	MIN. INCLUSIÓN	3	(1 - 3)
	CEPAM	1	(1 - 1)
	MARÍA GUARÉ	1	(1 - 1)
	TOTAL	10	(8,25 - 11)
<b>TANGIBLE (SOCIAL SANITARIO)</b>	FAMILIARES	3	(2 - 3)
	AMIGOS	2	(1 - 2)
	VECINOS	1	(1 - 1)
	U. JUDICIAL	1	(1 - 1)
	MIN. INCLUSIÓN	3	(1,25 - 3)
	CEPAM	1	(1 - 1)
	MARÍA GUARÉ	1	(1 - 1)
	TOTAL	11,5	(10 - 12)

Fuente: Matriz de datos

Al realizar el análisis por dimensiones se puede observar que en el apoyo sanitario (emocional) y en el apoyo tangible (social – sanitario) fueron los familiares y el MIES los que mayor apoyo proporcionaron. Por otro lado, en el apoyo informacional, fueron el MIES y los amigos quienes proporcionaron mayor soporte. En la percepción de las entrevistadas, el principal apoyo recibido fue emocional, 12 (11 – 13); seguido del tangible, 11,5 (10 – 12); y por último, el informacional 10 (8,25 – 11) (Tabla 10)

## OBJETIVO ESPECÍFICO 5

**Tabla 11.** Frecuencia de psicopatologías ante violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud en Guayaquil, 2020.

Psicopatologías	n	%	p
Ausencia	3	6,0%	chi2= 20,44 p=0,00
Sospecha	18	36,0%	
Presencia	29	58,0%	
Total	50	100%	

Fuente: Matriz de datos

El 58% de las entrevistadas presenta psicopatología confirmada, y en el 36% de las mismas se sospecha la presencia de la misma; sólo el 6% de las entrevistadas no presenta psicopatología. Las diferencias entre las categorías son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). (Tabla 11)

## OBJETIVO ESPECÍFICO 6

**Tabla 12.** Sintomatología de salud mental por dimensiones, ante violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil, 2020

SALUD MENTAL		MEDIANA	RANGO IQT
<b>BIENESTAR PSICOLÓGICO</b>	CONCENTRACIÓN	1	(1 - 1)
	PREOCUPACIÓN	1	(1 - 1)
	TENSIÓN	1	(1 - 1)
	RECREACIÓN	1	(1 - 1)
	DEPRESIÓN	1	(1 - 1)
	FELICIDAD	1	(1 - 1)
<b>FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y AFRONTAMIENTO</b>	ROLES	0	(0 - 0)
	TOMA DE DECISIONES	0	(0 - 0)
	RESILIENCIA	0	(0 - 0)
	RESOL PROBLEMAS	1	(1 - 1)
	CONFIANZA	0	(0 - 0)
	AUTOESTIMA	0	(0 - 0)
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>(6 - 7)</b>

Fuente: Matriz de datos

Por último, al evaluar la salud mental de las entrevistadas por dimensiones, se pudo observar que principalmente la afectación se produce en la dimensión de bienestar psicológico; todos los indicadores del mismo se encuentran afectados en la misma proporción. Por otro lado, en la dimensión de funcionamiento social y afrontamiento, las entrevistadas no se vieron afectadas en los indicadores, excepto por la resolución de problemas. En general, el 75% de las entrevistadas obtuvieron valores entre 6 y 7, que indican sospecha y presencia de psicopatología. (Tabla 12)

## V. DISCUSIÓN

La presente investigación aborda la salud mental de las mujeres víctimas de agresión de pareja íntima, y cómo el apoyo socio-sanitario percibido por ellas, se asocia con las psicopatologías. La investigación busca asociar la salud mental de las mujeres con el apoyo socio-sanitario percibido y se planteó como hipótesis que existe una asociación entre las variables descritas.

El presente estudio fue de diseño correlacional, como indica Hernández et al <sup>(43)</sup>, estos diseños ofrecen predicciones y explican la relación entre variables, además de cuantificar dicha relación; asimismo, las correlaciones se sustentan en hipótesis que se someten a pruebas estadísticas. Por otro lado, estos estudios, de alguna forma, también poseen valor explicativo parcial, puesto que, al conocer la relación entre dos variables, esto a su vez explica el comportamiento de las mismas. Pese a estas fortalezas, el estudio también presentó algunas debilidades tales como la imposibilidad de relación causal y un muestreo no probabilístico, el acceso a la muestra fue facilitado por el MIES, que es una entidad gubernamental que se encarga de apoyar estos casos; esto implica que no se está investigando el global de mujeres maltratadas del Ecuador, sino sólo las que solicitan ayuda; esto a su vez, impide la extrapolación de los datos, asimismo la coyuntura actual de la pandemia por Covid 19 no permitió las entrevistas físicas, teniendo que recurrir a llamadas telefónicas.

La hipótesis planteada en la investigación pudo ser corroborada a cabalidad, puesto que se encontró una relación significativa entre la salud mental y el apoyo socio-sanitario percibido ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil ( $Rho = -0,349$ ;  $p$ -valor: 0,013), esto quiere decir que las mujeres que percibieron mayores niveles de apoyo socio-sanitario, a su vez presentan menores niveles de psicopatología. Similar resultado fue encontrado por Panyayong et al. <sup>(22)</sup>, quien reportó que el 28,9% de las mujeres que sufrieron violencia presentan trastornos psiquiátricos de por vida, asimismo el 12,2% presentaron conductas suicidas. Por otro lado, Mendoza et al. <sup>(1)</sup> encontró asociación entre trastornos mentales y violencia psicológica, aun cuando no existía otros tipos de violencia, asimismo refiere que cuando se combinó la violencia

psicológica con violencia física o sexual, el riesgo de trastornos mentales comunes fue aún mayor. En la misma línea Días et al <sup>(18)</sup> manifiesta que existe una asociación estadísticamente significativa entre el bajo apoyo social y la victimización por VPI.

El estrés y los síntomas de depresión también fueron examinados en el presente estudio, a través del cuestionario de Goldberg <sup>(37)</sup>, los resultados indican que las mujeres padecen estos dos síntomas característicos de la dimensión del bienestar psicológico. Larraín et al <sup>(44)</sup> en Chile hizo similar evaluación con el mismo instrumento, los valores fueron mucho más elevados en las mujeres que sufrieron violencia de pareja íntima en comparación de aquellas que no. El 50% de las mismas requería de soporte psicológico. Los estudios internacionales también informan que la depresión y el estrés postraumático son dos de las principales consecuencias de la violencia de pareja.

De acuerdo a la historia de violencia, la duración de la misma fue en promedio de 13,5 años, algo inferior al estudio de Larraín et al <sup>(44)</sup> (15 años) y algo superior al estudio de Labra et al <sup>(40)</sup> (11 años). El tipo de violencia presentado fue física y psicológica, estos hallazgos son congruentes con lo manifestado por los autores mencionados y acorde con los valores expuestos por la OMS. Según Seligman <sup>(25)</sup> la dificultad para separarse en estas relaciones está basada en la costumbre y en creer que nada se puede hacer, crece cuando se cree haberlo dado todo y no querer perder el tiempo invertido en la misma. Existe miedo, costumbre y la certeza que el compañero cambiará, además de una mezcla de amor y odio, que alterna insultos y vejaciones con halagos y juramentos de amor eterno. Adicional a estos factores, Duttón et al <sup>(26)</sup> refiere que es imperioso revisar el ciclo de violencia del que es parte la mujer, el cual, tiene un desarrollo lento y ascendente. En esta situación, la separación no es una tarea fácil, y estará sujeta al aspecto subjetivo de la víctima, al análisis que pueda hacer de lo que gana y pierde con la decisión; sin embargo, queda claro que a la larga permanecer en este círculo traerá consecuencias psicológicas importantes.

Las características sociodemográficas de las mujeres evaluadas poseen ciertas diferencias con la población estudiada por Labra et al <sup>(40)</sup>, mientras que la media de edad fue de 46,9 años en nuestro estudio con máximos y mínimos de 29 y 68 años

respectivamente, en Chile el rango de edad fue mucho mayor (19 a 71) y la media de edad de 40,3 años; asimismo, mientras que en Ecuador las mujeres maltratadas refieren ser casadas en Chile, por el contrario, son solteras. Por otro lado, el número de hijos es mayor en el Ecuador. Las similitudes en las poblaciones son referentes al nivel educativo, en ambas las mujeres poseen educación media completa y se auto perciben como de nivel bajo o medio bajo, la mayor parte de la violencia se produce en amas de casa. En España, Vives et al <sup>(36)</sup>, asocia el no tener estudios o tener estudios primarios con la violencia de pareja, asimismo el tener 3 o más hijos y ser separada o divorciada. En los tres estudios se observa que la violencia principalmente se produce en personas que no tienen trabajo estable y no poseen educación superior, también que se asocia a mayor número de hijos. El estado civil parece diferir en las tres poblaciones.

La violencia física en el presente estudio estuvo representada por bofetadas, empujones y patadas y la psicológica por conductas posesivas, celos, insultos y amenazas; los casos de violencia sexual fueron aislados. Estos resultados difieren de lo encontrado por Días et al. <sup>(18)</sup>, quien encontró violencia física y violencia sexual como los mayores exponentes de la violencia de pareja. El estudio de Días et al. <sup>(18)</sup> se produjo en seis países europeos, los empujones, las bofetadas, tirar del cabello o lanzar objetos fueron las principales modalidades; y en la violencia sexual las prácticas incluyen relaciones sexuales obligadas, actos sexuales cuando no tenían capacidad de defenderse y actividades sexuales por temor a represalias.

El apoyo socio-sanitario percibido en su mayoría fue bajo, incluso instituciones públicas que tienen el deber de velar por la seguridad de la población y la defensa de la legalidad, tales como la policía y el ministerio público, brindaron nulo apoyo a las víctimas de violencia. Según Shahalli et al <sup>(19)</sup> las mujeres víctimas de violencia sexual tienen poco apoyo social de su familia y amigos en su vida; y en el caso que hubo soporte de los amigos, éste demostró tener efectos benéficos en la autoestima. El presente estudio, no se ocupó específicamente de la autoestima, sin embargo, se encuentra como uno de los indicadores del cuestionario de Goldberg, las mujeres víctimas no manifestaron verse afectadas en este aspecto. Como se mencionó anteriormente, hubo escasa violencia sexual en la presente

investigación; por otro lado, la falta de coincidencia de estos hallazgos podría sugerir que el tiempo de violencia sufrida activó mecanismos de afrontamiento de estas situaciones y permitió una mayor resiliencia en este indicador.

Respecto de las personas o entidades que brindan el soporte socio-sanitario, se pudo establecer que los familiares y amigos son los que mayormente se preocupan por mejorar la situación de la víctima; y como institución, destaca el MIES, esto último puede deberse a que las mujeres entrevistadas pertenecían al programa de acompañamiento familiar que dirige esta entidad, por ende, al momento de la recolección de datos se sintieron identificadas con la misma. Otro aspecto a mencionar es que, de todas las dimensiones, el apoyo informacional, fue el que mayor déficit mostró; es decir que las instituciones involucradas en la gestión de la violencia de pareja íntima no estarían haciendo el esfuerzo suficiente por orientar a las víctimas en las acciones a seguir; y esto es particularmente preocupante, puesto que como se ha mencionado, en ocasiones, las víctimas, ante la falta de apoyo, recurren a conductas suicidas. Al respecto Matos et al. <sup>(2)</sup> menciona que el personal de salud también debe de capacitarse en la detección de síntomas de violencia de pareja, con la finalidad de brindar apoyo oportuno a las víctimas y evitar desenlaces fatales o psicopatologías.

La mayor parte de las mujeres que sufrieron violencia de pareja presentan psicopatología (58%). Según Shahalli et al. <sup>(19)</sup> y Ferrari et al. <sup>(20)</sup> la violencia de pareja íntima producirá consecuencias directamente proporcionales a la intensidad y se verá reflejado en la personalidad, y en la capacidad de afrontamiento de la situación. Los principales síntomas asociados a psicopatología por violencia de pareja son la ansiedad, la depresión (pérdida de autoestima y sentimientos de culpa), el aislamiento social, trastornos psicósomáticos, trastornos sexuales. De los síntomas mencionados, en el presente estudio se pudo corroborar problemas de concentración, preocupación, tensión, depresión y disminución en la capacidad de afrontamiento y resolución de problemas.

Se debe considerar además que éste mismo porcentaje de mujeres (58%), vio exacerbada su salud mental durante la pandemia por covid 19, no solo por la amenaza del virus, sino por el aislamiento social, la muerte de familiares, amigos y

conocidos, la pérdida de estabilidad económica y la incertidumbre que genera la falta de respuestas efectivas de parte de las autoridades sanitarias y de gobierno, por lo que fueron la depresión, la angustia y los problemas de sueño, los síntomas mayormente afectados ya que el distanciamiento social influye en la imposibilidad de compartir la angustia y el miedo con los demás, situación que incluyó marcadamente las respuestas de las entrevistas.

Este es la primera investigación realizada con una muestra de mujeres ecuatorianas que se interesó en la salud mental de mujeres víctimas de violencia de pareja y que buscó relacionar la salud mental de estas mujeres con la percepción del apoyo recibido, tanto por personas naturales, como por instituciones públicas y privadas. En la última década se ha insistido en la recopilación de información sobre violencia de pareja íntima desde diferentes instituciones del estado y organizaciones no gubernamentales externas. Los hallazgos del presente estudio, dejan en claro que es imperioso abordar la problemática de la violencia de pareja íntima en aras de salvaguardar la integridad física y mental de las víctimas. La atención de las víctimas debe favorecer su independización y alejamiento del agresor. Hay poca o ninguna acción más allá de los problemas individuales, perdiendo la dimensión de que, al igual que la génesis de la violencia tiene orígenes sociales, su confrontación también debe abordar los aspectos involucrados en su producción y reproducción.

En muchas instituciones, las prácticas están rodeadas de prejuicios de género que obstaculizan las condiciones de recepción, escucha y diálogo que podrían establecerse entre profesionales y mujeres. Además, los procesos de trabajo burocráticos, fragmentados y sin sentido hacen imposible que los encuentros tengan el poder de producir transformaciones. Las acciones preventivas, que deberían abordar las causas de la violencia, aún son escasas en el estado. Los servicios generales no lo hacen alegando sobrecarga debido a la falta de profesionales, creando una sobrecarga de servicios especializados y específicos.

La sociedad civil organizada a través de los movimientos sociales y el control social no ejerce su papel de inspectores y la ausencia de presión política mantiene las cosas como están. En este contexto, muchas prácticas de cuidado que se propone

emancipadores, terminan reproduciendo la lógica de la violencia a través de la dominación, la moderación y la objetivación, en lugar de superarla. Por lo tanto, a pesar de la gran cantidad de instituciones que existen en el país, no hay nada que podamos entender como una red, esta articulación que apoya a las mujeres en situaciones de violencia.

Los resultados de la presente investigación, obligan la necesidad de garantizar la aplicación de las normas y leyes vigentes en el estado ecuatoriano para la protección de las víctimas. También sirven para subrayar la importancia de disponer de mejores leyes y políticas comunitarias específicas que incluyan la violencia contra las mujeres, y que sean aplicadas de manera inmediata para que resulten eficaces. Otro aspecto de importancia es la capacitación a los profesionales de salud que examinan a las víctimas y profesionales administrativos encargados de recibir las denuncias, primero para detectar sintomatología y segundo para crear un clima de confianza que permita sentirse respaldada, lo anterior es de suma importancia, puesto que muchas mujeres no denuncian sus experiencias de abusos a las autoridades, de tal forma que una gran proporción de estos actos se desconocen y, por ende, esto brinda impunidad. Por consiguiente, es necesario explorar otras vías para poner de relieve y combatir el problema de la violencia contra las mujeres. Con la publicación del presente trabajo de investigación y con las medidas necesarias de seguimiento que adopten los políticos y los responsables de la formulación de políticas, las mujeres que han sido víctimas de violencia y han permanecido en silencio pueden animarse a hablar. Esto es crucial en el Ecuador, cuya costumbre de hablar abiertamente de experiencias personales de violencia no es una práctica común, y en los que la frecuencia de denuncias a las autoridades es ínfima y en los que la violencia contra las mujeres no se aborda como un problema en las políticas generales.

## VI. CONCLUSIONES

El estudio mostró que existe una relación significativa inversamente proporcional ( $Rho = -0,349$ ) entre el deterioro de la salud mental y el nivel de percepción de apoyo socio sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de centros de salud de Guayaquil en el año 2020.

- Primera: El perfil sociodemográfico de las mujeres que son víctimas de violencia de pareja íntima tuvo las siguientes características; casadas con 3 a 4 hijos y con una edad promedio de 46,9 años, con un mínimo de 29 y un máximo de 68 años, asimismo poseen educación media completa o están estudiando una carrera universitaria, además son amas de casa o se insertan de manera informal en el mercado laboral y su estrato socio-económico percibido es medio bajo.
- Segunda: La violencia de las que son víctimas principalmente fue física y psicológica. En la violencia física las modalidades fueron bofetadas, empujones y puñetazos; y la violencia psicológica se presentó con conductas posesivas, celos, insultos y control de actividades.
- Tercera: El 68% de las mujeres víctimas de violencia de pareja percibieron el apoyo socio-sanitario recibido como bajo o moderado.
- Cuarta: Los familiares como personas naturales y el MIES como institución fueron los principales entes en brindar apoyo emocional y tangible. El apoyo informacional fue el de mayor déficit.
- Quinta: Sólo el 6% de las mujeres del programa de acompañamiento familiar del Ministerio de Inclusión económica y social que sufre violencia de pareja íntima no posee psicopatología confirmada. El 94% restante posee o se sospecha de la misma.
- Sexta: El bienestar psicológico fue el principal afectado por la violencia de pareja íntima por sobre de los mecanismos de afrontamiento social.

## VII. RECOMENDACIONES

- Primera: La totalidad de víctimas eran madres, por ende, se recomienda el tratamiento psicológico para los menores. Si bien es cierto, los datos no pueden extrapolarse, las características sociodemográficas son similares en todo el país, por consiguiente, se deben tomar en cuenta en los programas de asistencia del gobierno
- Segunda Se recomienda la implementación de programas preventivos dirigidos a menores de edad, tanto para agresores como para víctimas; puesto que la violencia de pareja íntima tiene en promedio 13,5 años, sin embargo, la violencia en el hogar viene de mucho antes.
- Tercera: Capacitar a los profesionales de la salud y a los profesionales administrativos que tienen como función recepcionar las denuncias; los programas deben tener la intención de proporcionar una mejor calidad de atención a las mujeres que solicitan ayuda y manejar de manera integral los tratamientos de reparación del trauma.
- Cuarta: Se recomienda realizar futuras investigaciones que incluyan como temática principal la salud mental de las mujeres violentadas, teniendo en consideración las teorías de la mujer maltratada, la impotencia aprendida y la unión traumática, expuestas en la presente investigación.
- Quinta: Luego de las conclusiones obtenidas en el presente estudio, se considera de suma importancia que las mujeres que asisten a los centros de salud de Guayaquil, reciban el tratamiento psicológico reparatorio a nivel de salud mental, lo que se asociaría a la necesidad de aumentar las plazas de profesionales psicólogos en estas instituciones.

## REFERENCIAS

1. Mendoza M, Ludermir A. Violencia por parceiro íntimo e incidencia de trastorno mental comun. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2017 12 junio 2020; 51(32):[1-8 pp.].  
Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006912>.
2. Matos M, Gonzalves M. Sleep and women intimate partner victimization: prevalence, effects and good practices in health care settings. Sleep Sci. 2019;12(1):35- 42.
3. Ruiz-Pérez I, Plazaola-CAstaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. Psychosom Med. 2005;67(5):791-7.
4. García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Helse L, Watts C. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Initial results on prevalence. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309?localeattribute=es&>.
5. Moura L, Lefevre F, Moura V. Narrativas de violencias practicadas por parceiros íntimos contra mulheres. Cienc Saude Coelctiva. 2012;17(4):1025-35.
6. Choi E, Wong J, Fong D. Mental Health and Health-Related Quality of Life of Chinese College Students Who Were the Victims of Dating Violence. Qual Life Res. 2017;26(4):945-57.
7. Pinto R, Correia-Santos P, Levendosky A, Jongenelen I. Psychological Distress and Posttraumatic Stress Symptoms: The Role of Maternal Satisfaction, Parenting Stress, and Social Support Among Mothers and Children Exposed to Intimate Partner Violence. J Interpers Violence. 2019;34(19):4114-36.
8. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and healths effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
9. Trevillion K, Gene S, Howard L. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2017 4 julio 2020; 7(12):[e51740 p.]. Available from: DOI: 10.1371/journal.pone.0051740.
10. Devries K, Mak J, García-Moreno C, Petzold M, Child J, Falder G, et al. The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women. Science. 2013;340(6140):1527-
11. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adams J. Violencia contra las mujeres en América Latina y el caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países.

Washington: Organización panamericana de la Salud. Centros para el control y la prevención de enfermedades de los Estados Unidos; 2012.

12. Camacho G. La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. Ecuador: Consejo Nacional para la Igualdad de género; 2014.
13. Fasihi T, Mohammad M, Deghan T. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron Physician*. 2017;9(9):5212-22.
14. Ghasemipoor M, Jahanbakhsh G. The relationship between the social support and mental health in Lorestan University students. *Yafteh*. 2010;12(1):57-64.
15. Sharifabad M, Tonekaboni R. Social Support and Self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Zahedan Journal of research in Medical Sciences*. 2008;9(4):275-84.
16. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300-14.
17. Aguirre A. 9 de cada 10 casos de violencia intradomiliar en guayaquil quedan en nada Guayaquil: El Universo; 2019 [Available from: <https://www.eluniverso.com/guayaquil/2019/02/06/nota/7175108/9-cada-10-casosviolencia-intradomiliar-queda-nada>].
18. Dias N, Costa D, Soares J, Hatzidimitriadou E, Loannidi-Kapolou E, Lindert J, et al. Social Support and the Intimate Partner Violence Victimization Among Adults From Six European Countries. *Fam Pract*. 2019;36(2):117-24.
19. Shahali S, Riazi H, Alaei S, Emamhadi M, Salmaney F. Perceived social support and self-esteem in sexual violence victims. *Med J Islam Repub Iran [Internet]*. 2019 2 marzo 2020; 33:[19 p.]. Available from: doi: 10.34171/mjiri.33.19.
20. Ferrari G, Feder G, Agnew-Davies R, Bailey J, Hollinghurst S, Howard L, et al. Psychological advocacy towards healing (PATH): A randomized controlled trial of a psychological intervention in a domestic violence service setting. *PLoS One [Internet]*. 2018 04 julio 2020. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205485>.
21. Koziol-McLain J, Vandal A, Wilson D, Nada-Raja S, Dobbs T, McLean C, et al. Efficacy of a Web-Based Safety Decision Aid for Women Experiencing Intimate Partner Violence: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res [Internet]*. 2018 05 mayo 2020; 19(12):[e426 p.]. Available from: doi: 10.2196/jmir.8617.
22. Panyayong B, Tantirangsee B, Bogoian R. Psychiatric disorders associated with intimate partner violence and sexual violence in Thai women: A result from the Thai

- National Mental Health Survey. *Gen Psychiatr* [Internet]. 2018 23 mayo 2020; 31(2):[e1-e8 pp.]. Available from: doi:10.1136/gpsych-2018-000008.
23. Fasihi T, Mohammad M, Dehghan T. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron Physician*. 2017;9(9):5212-22.
  24. Wilson J. Cycle of violence 2019 10 junio 2020. Available from: 10.1002/9781118929803.ewac0083.
  25. Seligman M. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman; 1975.
  26. Dutton D, Painter S. Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. 1981; *Victimology*(6):139- 55.
  27. Roche B, Catallo C. Violence against women: an exploration of the physical and mental health trends among immigrant and refugee women in Canada. *Nursing research and Practice* [Internet]. 2012 10 junio 2020. Available from: <https://doi.org/10.1155/2012/434592>.
  28. Huecker M, Smock W. *Domestic Violence* 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/>.
  29. WHO. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization; 2010.
  30. Howard L, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychological medicine*. 2010;40:881-93.
  31. Commonwealth\_Fund. *Addressing domestic violence and its consequences: policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. New York: CF; 1998.
  32. Garousi S, Shabestari S. Social capital and mental health among household head women surveying the relationship in the city of Kerman. *Iranian Social studies*. 2012;5(1):1 - 123.
  33. Liang B, Goodman L, Tummala-Narra P, Weintraub S. A Theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *American Journal of community Psychology*. 2005;36:71-84.
  34. Crepaldi C, Samek M, Corsi M. *Violence against women and the role of gender equality, social inclusion and health strategies*. Bélgica: European union; 2010.
  35. Bertoloté J. The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*. 2008;7(2):113-6.
  36. WHO. *Mental Health: Report on the second session of the Expert Committee* Geneva: World Health Organization; 1951.

37. Villa I, Zuluaga C, Restrepo L. Propiedades psicométricas del Cuestionario de salud de Golberg GQH-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en psicología latinoamericana*. 2013;31(3):532-45.
38. Melrose K, Brown G, Wood A. When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual differences*. 2015;77:97-105.
39. Aliaga R. Apoyo social percibido por los ancianos del centro integral de atención al adulto mayor Santa Anita Lima - 2019. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019.
40. Labra P. La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017.
41. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la validez de contenido: Avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción psicológica*. 2013;10(2):3-20.
42. Hernández-Nieto. Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas. Mérida, Venezuela: Universidad de los Andes; 2002.
43. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 5 ed. México: McGraw-Hill / Interamericana editores; 2010.
44. Larraín S. Violencia puertas adentro: la mujer golpeada. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1994.

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de consistencia

TÍTULO:						
PROBLEMAS	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MÉTODO
<b>Problema General</b>	<b>Hipótesis General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Salud mental</b>	<b>Bienestar psicológico</b>	-Concentración -Preocupación -Roles -Toma de decisiones - Tensión -Resiliencia -Recreación - Resolución de problemas. - Depresión -Confianza -Autoestima -Felicidad	<b>Tipo de Investigación:</b> enfoque cuantitativo, con finalidad básica y alcance descriptivo. <b>Diseño de Investigación:</b> no experimental, tipo transversal correlacional. <b>Población:</b> La población está conformada por la totalidad de mujeres de los establecimientos de salud de Guayaquil que refieren agresión de pareja íntima. <b>Muestra:</b> La muestra fue censal y estuvo compuesta por el total poblacional. Se consideró a 50 usuarias externas, en la primera mitad del período de junio de 2020. Los criterios de inclusión fueron: a) Usuaris entre 18 y 60 años de sexo femenino, b) Usuaris que acepten participar de forma voluntaria, c) Usuaris que manifiesten historia de violencia. Y los criterios de exclusión fueron: a) Usuaris con limitaciones físicas o
¿Cuál es la relación entre el nivel de salud mental y el nivel de percepción de apoyo socio-sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?	Existe relación inversa entre la salud mental y el apoyo socio-sanitario percibido en violencia de pareja íntima hacia las mujeres de la muestra.	Determinar la relación entre el nivel de salud mental y el nivel de percepción de apoyo socio-sanitario ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020		<b>Funcionamiento social y aprestamiento</b>		
<b>Problemas Específicos</b>	<b>Hipótesis Específicas</b>	<b>Objetivos Específicos</b>				
1) ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?	1) El perfil de la muestra se presenta caracterizado por una historia de violencia de pareja de larga duración y gravedad e historia de victimización familiar durante la infancia.	1) Determinar las principales características sociodemográficas de las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020				
2) ¿Cuál es el tipo más usual de violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?	2) El nivel de apoyo socio-sanitario emocional, informacional y tangible percibidos durante la relación de violencia fue bajo y actualmente es moderado.	2) Determinar el tipo más común de violencia de pareja íntima en mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020				

<p>3) ¿Cuál es la frecuencia de percepción de apoyo socio-sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?</p>		<p>3) Determinar la frecuencia de percepción de apoyo socio-sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020</p>	<p><b>Apoyo socio-sanitario percibido</b></p>	<p><b>Apoyo emocional Informacional Tangible</b></p>	<p>-Familiares -Amigos -Vecinos -ECU 911 -Policía -Unidad judicial -Fiscalía -Ministerio Salud -MIES -CEPAM -Fundación María Guare</p>	<p>psíquicas que impida la proporción de datos, b) Usuarías que no residan en Guayaquil <b>Muestreo:</b> No probabilístico <b>Técnicas:</b> Se utilizó la entrevista como técnica para indagar sobre salud mental y apoyo socio-sanitario. <b>Instrumentos:</b> Fueron dos los instrumentos utilizados; el primero, la Escala de Salud general de Goldberg (GHQ-12); y el segundo una escala Likert de apoyo socio-sanitario percibido, que fue adaptada del cuestionario utilizado por Labra.</p>
<p>4) ¿Cuál es la percepción de apoyo socio-sanitario por dimensiones en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?</p>	<p>3) La sintomatología de salud mental se presenta con un alto nivel de malestar psicológico ante violencia contra las mujeres de la muestra de estudio</p>	<p>4) Determinar la percepción de apoyo socio-sanitario por dimensiones en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020</p>				
<p>5) ¿Cuál es la frecuencia de condición de salud mental en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?</p>		<p>5) Determinar la frecuencia de psicopatologías en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020</p>				
<p>6) ¿Cuál es la condición de salud mental por dimensiones, en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020?</p>		<p>6) Determinar la psicopatología de salud mental por dimensiones, en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020</p>				

## Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORÍA	NIVEL Y RANGO	ESCALA DE MEDICIÓN
Salud Mental	Bienestar Psicológico  Funcionamiento social y afrontamiento	-Concentración -Preocupación -Roles -Toma de decisiones -Tensión -Resiliencia -Recreación -Resolución de problemas. -Depresión -Confianza -Autoestima -Felicidad	1, 2, 5, 7, 9 y 12  3, 4, 6, 8, 10 y 11	0 Mejor que lo habitual 0 Igual de lo habitual 1 Menos de lo habitual 1 Mucho menos que lo habitual  0 No en absoluto 0 No más que lo habitual 1 Algo más que lo habitual 1 Mucho más que lo habitual	0 – 4: Ausencia de psicopatología  5 – 6: Sospecha de psicopatología  7 - 12: Presencia de psicopatología	<b>Ordinal</b>
Apoyo socio-sanitario percibido	Emocional (Sanitario)  Informativa (Social)  Tangible (Sanitario y social)	-Familiares -Amigos -Vecinos -ECU 911 -Policía -Unidad Judicial -Fiscalía -Ministerio de Salud -Unidad Judicial -CEPAM -Fundación María Guare	1 - 7  8 - 14  15 - 21	1: Bajo  2: Moderado  3: Alto  4: Muy alto	< 1,58: Apoyo Socio-sanitario Bajo  1,59 – 1,69: Apoyo Socio-sanitario Moderado  1,70 – 1,86 Apoyo Socio-sanitario Alto  > 1,87: Apoyo Socio-sanitario Muy alto	<b>Ordinal</b>

# Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

## RECOLECCIÓN DE DATOS

### GUÍA DE ENTREVISTA



### INFORMACIÓN GENERAL

Hola, soy Edith Kiara Manzano Estrella, Psicóloga clínica, de Guayaquil-Ecuador, y pertenezco al Programa de Posgrado de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo con sede en la ciudad de Piura en Perú. Estoy estudiando: salud mental y apoyo socio-sanitario percibido ante violencia contra las mujeres usuarias de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020, es por ello que te agradezco los 30 minutos que te va a llevar cumplimentar la siguiente entrevista que tiene tres partes: La primera es recabar datos sociodemográficos sobre usted. La segunda trata sobre historia del maltrato en la pareja íntima. La tercera sobre el apoyo socio-sanitario percibido. Y la cuarta indagar sobre su salud mental en general.

A continuación, encontrará enunciados en relación a lo explicado. Le pedimos su colaboración respondiendo como sienta, es decir, la que más crea que se ajusta a su respuesta. No existen preguntas buenas ni malas. Lo que interesa es su experiencia sobre los temas mencionados. Es importante que brinde respuesta a todas las preguntas y no deje casilleros en blanco. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales, en ningún caso accesible a otras personas y se garantiza la protección de tus datos como el anonimato en el estudio

#### I. Datos sociodemográficos

¿Qué edad tiene? (Edad): .....  
 ¿Hasta qué curso llegó? (Nivel educativo):  
 Sin estudios ( ) Básica incompleta ( ) Básica completa ( )  
 Media incompleta ( ) Media completa ( ) Técnica incompleta ( )  
 Técnica completa ( ) Universitaria incompleta ( ) Universitaria completa ( )  
 ¿Cuál es tu situación laboral? (Opción múltiple)  
 Ama de casa ( ) Trabajadora informal ( ) Trabajadora formal ( )  
 Desempleada ( ) Estudiante ( )  
 Nivel socioeconómico «autovalorado»:  
 Bajo ( ) Medio-Bajo ( ) Medio-Alto ( ) Alto ( )  
 Estado civil (Se refiere al estado legal, no si vive con él)  
 Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Separada ( ) Divorciada ( ) Viuda ( )  
 Número de hijos: .....

#### II. Historia de maltrato en la pareja íntima

¿Cuánto tiempo cree o siente que vivió maltrato con su pareja íntima? \_\_\_\_ años  
 ¿Cuándo fue el último incidente de maltrato estando en la relación? \_\_\_\_ días/semanas/años  
 Indique ¿Con qué frecuencia su pareja realizó las siguientes conductas durante EL ÚLTIMO AÑO de convivencia? Las opciones son:

N (Nunca=0), AV (Algunas veces=1), F (Frecuentemente=2), S (Siempre=3)	N	AV	F	S
1.-...la abofeteaba?				
2.-...la empujaba?				
3.-...le daba puñetazos?				
4.-...le daba patadas?				
5.-...le torcía el brazo?				
6.-...la intentó estrangular?				
7.-...utilizó objetos para golpearla?				
8.-...utilizó armas blancas?				
9.-...utilizó armas de fuego?				
10.-...la mantuvo por la fuerza?				
11.-...la insultó, ridiculizó, desvalorizó				
12.-...la aisló de sus amigos y familiares?				
13.-...la controlaba y no dejaba que maneje dinero?				
14.-...la controlaba en sus actividades habituales?				
15.-...era posesivo o celoso con usted?				
16.-...la amenazaba verbalmente con maltratarla, dañarla o torturarla?				
17.-...la amenazaba verbalmente con maltratar, dañar o torturar a otros miembros de la familia, niños e incluso amistades?				
18.-...la amenazaba repetidas veces con separarse, abandonarla o tener una aventura con otra mujer?				
19.-...rompía o estropeaba cosas personales a las que usted tiene afecto?				
20.-...la obligaba mediante la fuerza física a mantener relaciones sexuales o a realizar cosas durante la relación que usted no deseaba?				
21.-...la obligaba bajo amenaza directa o por temor a represalias, a mantener relaciones sexuales o a realizar cosas durante la relación que usted no deseaba?				
22.-...la obligaba a mantener relaciones sexuales cuando estaba indefensa ¿drogada, dormida, inconsciente?				

#### III. Apoyo Socio-sanitario

A continuación, les haré 27 preguntas, para responder ella una sola respuesta para cada pregunta respecto de su experiencia en la situación de agresión vivida. Las opciones son: N (nunca=0), CN (Casi nunca=1), EO (En ocasiones=2), CS (Casi siempre=3) y S (Siempre=4).

Dimensión Apoyo emocional (Sanitario)	N	CN	EO	CS	S
1 ¿Percibió que sus familiares la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
2 ¿Percibió que sus amigos la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
3 ¿Percibió que sus vecinos la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
4 ¿Percibió que personal de Servicio Integrado de Seguridad (EQU 911) la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
5 ¿Percibió que la Policía Nacional la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
6 ¿Percibió que personal de la Unidad Judicial la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
7 ¿Percibió que personal de la Fiscalía la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
8 ¿Percibió que personal de Ministerio de Salud Pública la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
9 ¿Percibió que personal del Ministerio de Inclusión Económica y Social la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
10 ¿Percibió que personal del Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM) la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
11 ¿Percibió que personal de la Fundación María Guare la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?					
Dimensión Apoyo Informativo (Social)					
12 ¿Los familiares brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?					
13 ¿Los amigos brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?					
14 ¿Los vecinos brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?					
15 ¿El personal del Servicio Integrado de Seguridad (EQU 911) brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?					
16 ¿El personal de la Policía Nacional, brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?					
17 ¿El personal de la Unidad Judicial, brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?					
18 ¿El personal de la Fiscalía, brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?					
19 ¿El personal de la Ministerio de salud, brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?					

20	¿El personal del Ministerio de Inclusión económica y social le brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?								
21	¿El personal del Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM) brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?								
22	¿El personal de la Fundación María Guare brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?								
<b>Dimensión Apoyo tangible (Social y Sanitario)</b>									
23	¿Los familiares ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								
24	¿Los amigos ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias?								
25	¿Los vecinos ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias?								
26	¿El personal del Servicio integrado de seguridad (ECLU 911) ayudó con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								
27	¿El personal de la Policía Nacional ayudó con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								
28	¿El personal de la Unidad Judicial ayudó con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								
29	¿El personal de la Fiscalía ayudó con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								
30	¿El personal del Ministerio de salud ayudó con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								
31	¿El personal del Ministerio de Inclusión económica y social ayudó con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								
32	¿El personal del Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM) ayudó con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								
33	¿El personal de la Fundación María Guare ayudó con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias								

#### IV. Salud Mental: Salud General de Goldberg (GHQ-12)

Nos gustaría saber ¿Cómo se ha sentido en general las dos últimas semanas? Por favor responda todas estas preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente. Recuerde que queremos conocer acerca de molestias o quejas recientes (dos últimas semanas), no de aquellas que ha tenido en el pasado.

1. En las últimas dos semanas ¿Ha sido capaz de concentrarse en lo que hace? (actividades diarias y rutinarias)

- (4) Mejor que de costumbre (Valor=0)  
(3) Igual que de costumbre (Valor=0)  
(2) Menos que de costumbre (Valor=1)

(1) Mucho menos que de costumbre  
Mediana (3 [1, 3])

2. Recientemente ¿Ha perdido mucho sueño por preocupaciones?

- (4) Mejor que de costumbre (Valor=0)  
(3) No más que lo usual (Valor=0)  
(2) Algo más que lo usual (Valor=0)

(1) Mucho, más que lo usual (Valor=0)

3. En este último tiempo ¿se ha sentido usted una persona útil para los demás?

- (4) Más útil que de costumbre (Valor=0)  
(3) Igual que de costumbre (Valor=0)  
(2) menos útil que de costumbre (Valor=1)

(1) mucho menos útil (Valor=1)

4. Últimamente ¿se siente capaz de tomar decisiones?

- (4) más capaz que de costumbre (Valor=0)  
(3) igual que de costumbre (Valor=0)  
(2) menos capaz que de costumbre (Valor=1)

(1) mucho menos capaz (Valor=1)

5. En el último tiempo ¿se ha sentido constantemente bajo tensión (tensa)?

- (0) no, en absoluto (Valor=0)  
(1) no más que de costumbre (Valor=0)  
(2) algo más que de costumbre (Valor=1)

(3) mucho más que de costumbre (Valor=1)

6. Ha sentido que usted ¿NO puede solucionar sus problemas últimamente?

- (0) no, en absoluto (Valor=0)  
(1) no más que de costumbre (Valor=0)  
(2) algo más que de costumbre (Valor=0)

(3) mucho más que de costumbre (Valor=0)

7. ¿Ha podido disfrutar de la vida diaria últimamente?

- (4) más que de costumbre (Valor=0)  
(3) igual que de costumbre (Valor=0)  
(2) menos que de costumbre (Valor=1)

(1) mucho menos que de costumbre (Valor=0)

8. ¿Recientemente, se ha sentido capaz de hacerle frente a sus problemas?

- (4) más de lo habitual (Valor=0)  
(3) igual que lo habitual (Valor=0)  
(2) menos capaz que lo habitual (Valor=1)

(1) mucho menos capaz que lo habitual (Valor=1)

9. ¿Se ha sentido triste y deprimida últimamente?

- (0) no, en absoluto (Valor=0)  
(1) no más que de costumbre (Valor=0)  
(2) algo más que de costumbre (Valor=1)

(3) mucho más que de costumbre (Valor=1)

10. ¿Ha estado perdiendo confianza en sí mismo recientemente?

- (0) no, en absoluto (Valor=0)  
(1) no más que de costumbre (Valor=0)  
(2) algo más que de costumbre (Valor=1)

(3) mucho más que de costumbre (Valor=1)

11. En el último tiempo ¿ha sentido que usted no vale nada?

- (0) no, en absoluto (Valor=0)  
(1) no más que lo habitual (Valor=0)  
(2) algo más que lo habitual (Valor=1)

(3) mucho más que lo habitual (Valor=1)

12. En las últimas dos semanas ¿se ha sentido feliz, considerando todas las cosas?

- (4) más que lo habitual (Valor=0)  
(3) igual que lo habitual (Valor=0)  
(2) menos que lo habitual (Valor=1)

(1) mucho menos que lo habitual (Valor=1)

**SUMA TOTAL:** \_\_\_\_\_

Si la suma es igual o mayor a cinco se deberá realizar una valoración psiquiátrica más profunda.

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION**

## Anexo 4. Validez del instrumento de recolección de datos

### REGISTRO DE GRADOS Y TÍTULOS EXPERTO 1



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos

#### REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

REGISTRO NACIONAL DE

**GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Aplicativo

Guía

Resultado

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
PLASENCIA CASTILLO, JAIME UXON DNI 40181636	TITULO DE CIRUJANO DENTISTA Fecha de diploma: 27/02/2004	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
PLASENCIA CASTILLO, JAIME UXON DNI 40181636	MAESTRO EN ESTOMATOLOGIA Fecha de diploma: 11/12/2009	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
PLASENCIA CASTILLO, JAIME UXON DNI 40181636	DOCTOR EN CRIMINALISTICA Fecha de diploma: 23/07/15	UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER S.A.
PLASENCIA CASTILLO, JAIME UXON DNI 40181636	TITULO DE ESPECIALISTA ESPECIALIDAD ODONTOLOGIA FORENSE Fecha de diploma: 19/06/2014	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS S.A.
PLASENCIA CASTILLO, JAIME UXON DNI 40181636	CIRUJANO DENTISTA Fecha de diploma: 27/02/2004	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

## VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EXPERTO 1

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEMS		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
CALIDAD DEL ATENCIÓN creencia del individuo de obtener ayuda social y sanitaria cuando sea necesario	EMOCIONAL (SANITARIO) sentirse querida, amada, valorada, respetada, etc	• Familiares	• ¿Percibió que sus <u>familiares</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		x		X		X		
		• Amigos	• ¿Percibió que sus <u>amigos</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Vecinos	• ¿Percibió que sus <u>vecinos</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• ECU 911	• ¿Percibió que el personal del <u>servicio integrador de seguridad (ECU 911)</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Policía Nacional	• ¿Percibió que el personal de la <u>Policía Nacional</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Unidad Judicial	• ¿Percibió que el personal de la <u>Unidad Judicial</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Fiscalía del Guayas	• ¿Percibió que el personal de la <u>Fiscalía del Guayas</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Ministerio de salud	• ¿Percibió que el personal del Ministerio de salud la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Ministerio de Inclusión económica y social	• ¿Percibió que el personal del <u>Ministerio de inclusión económica y social</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• CEPAM	• ¿Percibió que el personal del <u>Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM)</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
	• Fundación María Guare	• ¿Percibió que el personal de la <u>Fundación María Guare</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		x		X		X			
	INFORMACIONAL (SOCIAL) Asesoramiento u orientación útil o necesaria	• Familiares	• ¿Los <u>familiares</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X		
		• Amigos	• ¿Los <u>amigos</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X		
		• Vecinos	• ¿Los <u>vecinos</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X		
		• ECU 911	• ¿El personal del <u>servicio integrado de seguridad (ECU 911)</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X		
		• Policía Nacional	• ¿El personal de la <u>Policía Nacional</u> brindó asesoramiento u	x		x		X		X		

		orientación útil para resolver su problema?									
	• Unidad Judicial	• ¿El personal de la <u>Unidad Judicial</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X		
	• Fiscalía del Guayas	• ¿El personal de la <u>Fiscalía del Guayas</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X		
	• Ministerio de salud	• ¿El personal de la <u>Ministerio de salud</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		x		
	• Ministerio de inclusión económica y social	• ¿El personal del <u>Ministerio de inclusión económica y social</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X		
	• CEPAM	• ¿El personal del Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM) brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X		
	• Fundación María Guare	• ¿El personal de la Fundación María Guare brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
<b>TANGIBLE (SOCIAL Y SANITARIO)</b> Ayuda con tareas u obligaciones que usted no podía hacer frente en ese momento, incluye consultas y terapia	• Familiares	• ¿Los familiares ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	• Amigos	• ¿Los amigos ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	• Vecinos	• ¿Los vecinos ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	• Policía	• ¿Los policías ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	• Ministerio Inclusión – Ministerio Salud	• ¿El personal del Ministerio de inclusión económica y social ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	•	• ¿El personal de ECU 911 ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	•	• ¿El personal del Ministerio de Salud Pública ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	• Unidad Judicial	• ¿El personal del M de inclusión o el M de salud ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	• Fiscalía	• ¿El personal de la Fiscalía ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
	• CEPAM	• ¿El personal del CEPAM ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X		
• Fundación María Guare	• ¿El personal de la Fundación María Guare ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		x		x		x			

**OPCIONES DE RESPUESTA**

Nunca	Casi Nunca	En ocasiones	Casi siempre	Siempre

## MATRIZ DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EXPERTO 1

**NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** «Apoyo socio-sanitario percibido»

**OBJETIVO:** Determinar la percepción de apoyo socio-sanitario de mujeres víctimas de violencia de pareja íntima.

**DIRIGIDO A:** Mujeres víctimas de violencia de pareja íntima atendidas en establecimientos de salud de Guayaquil

**APELLIDOS Y NOMBRES DE LA EVALUADORA:** Plasencia Castillo Jaime Uxon

**GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA:** Doctor en criminalística / Maestro en Estomatología

**ESPECIALIDAD Y/O CAMPO:** Odontología Legal y Forense, Docencia Universitaria (10 años).

**VALORACIÓN GENERAL DEL CUESTIONARIO:**

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
	x			

**LUGAR Y FECHA:** Piura, 02 de junio de 2020



Jaime Uxon Plasencia Castillo  
CRUJAL - ODONTISTA  
C.O.C. 10109

DNI

## REGISTRO DE GRADOS Y TÍTULOS EXPERTO 2



**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

### REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
<p>CARRANZA SAMANEZ KILDER MAYNOR DNI 40320045</p>	<p><b>TÍTULO UNIVERSITARIO OFICIAL DE DOCTOR DENTRO DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS, "DOCTORADO INTERNACIONAL"</b> Fecha de diploma: 17/12/2018 <i>TIPO:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RECONOCIMIENTO</b></li> </ul> <p style="text-align: center;">Fecha de Resolución de Reconocimiento:21/05/2019</p>	<p><b>UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID</b></p>
<p>CARRANZA SAMANEZ, KILDER MAYNOR DNI 40320045</p>	<p><b>CIRUJANO DENTISTA</b> Fecha de Diploma:02/03/2009</p>	<p><b>UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS</b></p>
<p>CARRANZA SAMANEZ, KILDER MAYNOR DNI 40320045</p>	<p><b>TÍTULO OFICIAL DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS</b> Fecha de diploma: 13/07/2015 <i>TIPO:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RECONOCIMIENTO</b></li> </ul> <p style="text-align: center;">Fecha de Resolución de Reconocimiento:13/05/2019</p>	<p><b>UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID</b></p>
<p>CARRANZA SAMANEZ, KILDER MAYNOR DNI 40320045</p>	<p><b>MÁSTER PROPIO EN CIENCIAS FORENSES</b> Fecha de diploma: 10/04/2018 <i>TIPO:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RECONOCIMIENTO</b></li> </ul> <p style="text-align: center;">Fecha de Resolución de Reconocimiento:17/05/2019</p>	<p><b>UNIVERSITAT DE VALENCIA</b></p>
<p>CARRANZA SAMANEZ, KILDER MAYNOR DNI 40320045</p>	<p><b>BACHILLER EN ODONTOLOGIA</b> Fecha de Diploma:03/04/2008</p>	<p><b>UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS</b></p>
<p>CARRANZA SAMANEZ, KILDER MAYNOR DNI 40320045</p>	<p><b>MAGISTER EN ESTOMATOLOGIA</b> Fecha de Diploma:27/06/2012</p>	<p><b>UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA</b></p>

## VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EXPERTO 2

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEMES		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEMES Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
CALIDAD DEL ATENCIÓN creencia del individuo de obtener ayuda social y sanitaria cuando sea necesario	EMOCIONAL (SANITARIO) sentirse querida, amada, valorada, respetada, etc	• Familiares	• ¿Percibió que sus <u>familiares</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		x		X		X		
		• Amigos	• ¿Percibió que sus <u>amigos</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Vecinos	• ¿Percibió que sus <u>vecinos</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• ECU 911	• ¿Percibió que el personal del <u>servicio integrador de seguridad (ECU 911)</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Policía Nacional	• ¿Percibió que el personal de la <u>Policía Nacional</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Unidad Judicial	• ¿Percibió que el personal de la <u>Unidad Judicial</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Fiscalía del Guayas	• ¿Percibió que el personal de la <u>Fiscalía del Guayas</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Ministerio de salud	• ¿Percibió que el personal del Ministerio de salud la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Ministerio de Inclusión económica y social	• ¿Percibió que el personal del <u>Ministerio de inclusión económica y social</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• CEPAM	• ¿Percibió que el personal del <u>Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM)</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
	• Fundación María Guare	• ¿Percibió que el personal de la <u>Fundación María Guare</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X			
	INFORMACIONAL (SOCIAL) Asesoramiento u orientación útil o necesaria	• Familiares	• ¿Los <u>familiares</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Amigos	• ¿Los <u>amigos</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Vecinos	• ¿Los <u>vecinos</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• ECU 911	• ¿El personal del <u>servicio integrado de seguridad (ECU 911)</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Policía Nacional	• ¿El personal de la <u>Policía Nacional</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Unidad Judicial	• ¿El personal de la <u>Unidad Judicial</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Fiscalía del Guayas	• ¿El personal de la <u>Fiscalía del Guayas</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		x		x		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerio de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal de la <u>Ministerio de salud</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerio de inclusión económica y social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal del <u>Ministerio de inclusión económica y social</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>CEPAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal del Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM) brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fundación María Guare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal de la Fundación María Guare brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?</li> </ul>	X		X		X		X	
<b>TANGIBLE (SOCIAL Y SANITARIO)</b> Ayuda con tareas u obligaciones que usted no podía hacer frente en ese momento, incluye consultas y terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Los familiares ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amigos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Los amigos ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vecinos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Los vecinos ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ECU 911</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Los policías ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Policía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal del Ministerio de inclusión económica y social ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidad Judicial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal de ECU 911 ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiscalía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal del Ministerio de Salud Pública ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerio de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal del M de inclusión o el M de salud ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal de la Fiscalía ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>CEPAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal del CEPAM ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		X		X		X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fundación María Guare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿El personal de la Fundación María Guare ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias</li> </ul>	X		x		x		x		

**OPCIONES DE RESPUESTA**

Nunca	Casi Nunca	En ocasiones	Casi siempre	Siempre

## MATRIZ DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EXPERTO 2

**NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** «Apoyo socio-sanitario percibido»

**OBJETIVO:** Determinar la percepción de apoyo socio-sanitario de mujeres víctimas de violencia de pareja íntima.

**DIRIGIDO A:** Mujeres víctimas de violencia de pareja íntima atendidas en establecimientos de salud de Guayaquil

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:** Carranza Samanez, Kilder Maynor

**GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA:** Dr. Internacional en Ciencias Odontológicas

**ESPECIALIDAD Y/O CAMPO:** MBA en Gestión del Sector de la Salud, Máster en Ciencias Forenses y especialidad en Estadística en Investigación, con cuatro años de experiencia docente y siete años de experiencia en investigación

**VALORACIÓN GENERAL DEL CUESTIONARIO:**

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo

**LUGAR Y FECHA:** Piura, 02 de junio de 2020

*Kilder Maynor Carranza Samanez*

Firma del experto evaluador  
DNI 40320045

## REGISTRO DE GRADOS Y TÍTULOS EXPERTO 3



**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos

### REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
DULANTO VARGAS JULISSA AMPARO DNI 42800983	<b>TÍTULO UNIVERSITARIO OFICIAL DE DOCTORA DENTRO DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS, "DOCTORADO INTERNACIONAL"</b> Fecha de diploma: 17/12/2018 <i>TIPO:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RECONOCIMIENTO</b></li> </ul> Fecha de Resolución de Reconocimiento:13/05/2019	<b>UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID</b>
DULANTO VARGAS, JULISSA AMPARO DNI 42800983	<b>BACHILLER EN ODONTOLOGIA</b> Fecha de Diploma:27/02/2009	<b>UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS</b>
DULANTO VARGAS, JULISSA AMPARO DNI 42800983	<b>TÍTULO OFICIAL DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS</b> Fecha de diploma: 11/05/2016 <i>TIPO:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RECONOCIMIENTO</b></li> </ul> Fecha de Resolución de Reconocimiento:13/05/2019	<b>UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID</b>
DULANTO VARGAS, JULISSA AMPARO DNI 42800983	<b>CIRUJANA DENTISTA</b> Fecha de Diploma:25/03/2009	<b>UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS</b>
DULANTO VARGAS, JULISSA AMPARO DNI 42800983	<b>MAGISTER EN ESTOMATOLOGIA</b> Fecha de Diploma:27/06/2012	<b>UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA</b>

### VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EXPERTO 3

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEMS		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
CALIDAD DEL ATENCIÓN creencia del individuo de obtener ayuda social y sanitaria cuando sea necesario	EMOCIONAL (SANITARIO) sentirse querida, amada, valorada, respetada, etc	• Familiares	• ¿Percibió que sus <u>familiares</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada ¿	X		x		X		X		
		• Amigos	• ¿Percibió que sus <u>amigos</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Vecinos	• ¿Percibió que sus <u>vecinos</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• ECU 911	• ¿Percibió que el personal del <u>servicio integrado de seguridad (ECU 911)</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Policía Nacional	• ¿Percibió que el personal de la <u>Policía Nacional</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Unidad Judicial	• ¿Percibió que el personal de la <u>Unidad Judicial</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Fiscalía del Guayas	• ¿Percibió que el personal de la <u>Fiscalía del Guayas</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Ministerio de salud	• ¿Percibió que el personal del Ministerio de salud la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• Ministerio de Inclusión económica y social	• ¿Percibió que el personal del <u>Ministerio de inclusión económica y social</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X		
		• CEPAM	• ¿Percibió que el personal del <u>Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM)</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		x		
	• Fundación María Guare	• ¿Percibió que el personal de la <u>Fundación María Guare</u> la hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada?	X		X		X		X			
	INFORMACIONAL (SOCIAL) Asesoramiento u orientación útil o necesaria	• Familiares	• Los <u>familiares</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Amigos	• ¿Los <u>amigos</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Vecinos	• ¿Los <u>vecinos</u> brindaron asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• ECU 911	• ¿El personal del <u>servicio integrado de seguridad (ECU 911)</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Policía Nacional	• ¿El personal de la <u>Policía Nacional</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Unidad Judicial	• ¿El personal de la <u>Unidad Judicial</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X		
		• Fiscalía del Guayas	• ¿El personal de la <u>Fiscalía del Guayas</u> brindó asesoramiento u	x		x		x		x		

		orientación útil para resolver su problema?								
	• Ministerio de salud	• ¿El personal de la <u>Ministerio de salud</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X	
	• Ministerio de inclusión económica y social	• ¿El personal del <u>Ministerio de inclusión económica y social</u> brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X	
	• CEPAM	• ¿El personal del Centro Ecuatoriano para la prevención y acción de la mujer (CEPAM) brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		X		X		X	
	• Fundación María Guare	• ¿El personal de la Fundación María Guare brindó asesoramiento u orientación útil para resolver su problema?	X		x		X		X	
<b>TANGIBLE (SOCIAL Y SANITARIO)</b> Ayuda con tareas u obligaciones que usted no podía hacer frente en ese momento, incluye consultas y terapia	• Familiares	• ¿Los familiares ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X	
	• Amigos	• ¿Los amigos ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X	
	• Vecinos	• ¿Los vecinos ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X	
	• ECU 911	• ¿Los policías ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		x		X		X	
	• Policía	• ¿El personal del Ministerio de inclusión económica y social ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X	
	• Unidad Judicial	• ¿El personal de ECU 911 ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	x		X		X		X	
	• Fiscalía	• ¿El personal del Ministerio de Salud Pública ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		x	
	• Ministerio de Salud	• ¿El personal del M de inclusión o el M de salud ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X	
	• MIES	• ¿El personal de la Fiscalía ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		x		X	
	• CEPAM	• ¿El personal del CEPAM ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	X		X		X		X	
	• Fundación María Guare	• ¿El personal de la Fundación María Guare ayudaron con tareas u obligaciones que no podía realizar en ese momento?, incluye consultas y terapias	x		x		x		x	

#### OPCIONES DE RESPUESTA

Nunca	Casi Nunca	En ocasiones	Casi siempre	Siempre

### MATRIZ DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EXPERTO 3

**NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** «Apoyo socio-sanitario percibido»

**OBJETIVO:** Determinar la percepción de apoyo socio-sanitario de mujeres víctimas de violencia de pareja íntima.

**DIRIGIDO A:** Mujeres víctimas de violencia de pareja íntima atendidas en establecimientos de salud de Guayaquil

**APELLIDOS Y NOMBRES DE LA EVALUADORA:** Dulanto Vargas, Julissa Amparo

**GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA:** Doctora Internacional en Ciencias Odontológicas

**ESPECIALIDAD Y/O CAMPO:** MBA en Gestión del Sector de la Salud, especialidad en Estadística en Investigación y posgrado en Dirección de la Gestión de la Calidad.

**VALORACIÓN GENERAL DEL CUESTIONARIO:**

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
x				

**LUGAR Y FECHA:** Piura, 02 de junio de 2020

*Julissa Dulanto Vargas*

Firma de la experta evaluadora  
DNI 42800983

## Anexo 5. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,877	21

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM1	33,3500	78,871	,401	,874
ITEM2	34,2500	77,145	,517	,870
ITEM3	34,9500	79,103	,348	,876
ITEM4	34,8500	73,608	,745	,862
ITEM5	33,6500	82,134	,172	,882
ITEM6	35,1000	79,253	,500	,871
ITEM7	34,9500	79,208	,408	,874
ITEM8	35,1000	79,253	,500	,871
ITEM9	34,2500	77,145	,517	,870
ITEM10	34,9000	78,516	,451	,872
ITEM11	34,7500	71,355	,788	,859
ITEM12	33,4000	70,989	,823	,858
ITEM13	35,0500	79,418	,465	,872
ITEM14	34,9500	79,208	,408	,874
ITEM15	33,3500	78,871	,401	,874
ITEM16	34,2500	77,145	,517	,870
ITEM17	34,9500	79,103	,348	,876
ITEM18	35,1500	81,292	,772	,871
ITEM19	33,7500	81,776	,215	,880
ITEM20	35,1000	79,253	,500	,871
ITEM21	34,9500	79,208	,408	,874

**Anexo 6.** Autorización de la aplicación del instrumento

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**Mg. Patricia Mariana Regalado Araujo**

**Coordinadora Distrital de Acompañamiento técnico familiar Zona 8 Tarqui del  
Ministerio de Inclusión Económica y Social**

Por medio de la presente autorizo a la psicóloga Clínica Edith Kiara Manzano Estrella, autora de la ejecución de proyecto de investigación de la universidad CESAR VALLEJO SEDE PIURA EN POST GRADO DE LA MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD, hacer uso de la base de datos a fin de obtener el grado de MAESTRA. En tal sentido, autorizo la ejecución del proyecto de investigación.

Augurándole éxitos en su carrera.

Atte.



---

Mg Patricia Regalado Araujo



## Anexo 7. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Título:** Salud mental y apoyo socio-sanitario percibido ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil en 2020.

**Investigador(a) principal:** Edith Kiara Manzano Estrella

#### Estimado(a) Señor(a):

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación para conocer la «relación entre el nivel de salud mental y el nivel de percepción de apoyo socio sanitario en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, usuarias de centros de salud de Guayaquil en el año 2020». Este estudio es desarrollado por investigadores de la Universidad César Vallejo de Piura en Perú como parte del Posgrado en Gestión de los servicios de la Salud. Para las mujeres que sufren violencia, sus familiares, amigos y compañeros de trabajo forman su red de apoyo social, dicho apoyo involucra la interacción de las personas. La interacción con éstas personas minimiza la ansiedad y proporciona sensación de seguridad, el apoyo social aleja la depresión y los problemas mentales.

El estudio consta de una encuesta anónima de datos generales e información sanitaria. Brindamos la garantía que la información que proporcione es confidencial, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 del gobierno del Perú. No existe riesgo al participar, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por participar del mismo. Si tienen dudas, le responderemos gustosamente. Si tiene preguntas sobre la verificación del estudio, puede ponerse en contacto con el Programa de Posgrado de la Universidad César Vallejo al teléfono 00519446559951 o también dirigirse al correo electrónico [upg.piura@ucv.edu.pe](mailto:upg.piura@ucv.edu.pe).

Si decide participar del estudio, esto les tomará aproximadamente 30 minutos, realizado de manera virtual, mediante entrevista telefónica o mediante formatos de google, y se tomará una fotografía solo si usted lo autoriza. Para que los datos obtenidos sean de máxima fiabilidad, le solicitamos cumplimente de la forma más completa posible el cuestionario adjunto. Si al momento de estar participando, se desanima y desea no continuar, no habrá comentarios ni reacción alguna por ello. Los resultados agrupados de este estudio podrán ser publicados en documentos científicos, guardando estricta confidencialidad sobre la identidad de los participantes.

Entendemos que las personas que respondan el cuestionario de google formatos o a la entrevista telefónica, dan su consentimiento para la utilización de los datos en los términos detallados previamente. Agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración.

#### Declaración de(la) Investigadora:

Yo, **Edith Kiara Manzano Estrella**, declaro que el participante ha leído y comprendido la información anterior, asimismo, he aclarado sus dudas respondiendo sus preguntas de forma satisfactoria, y ha decidido participar voluntariamente de este estudio de investigación. Se le ha informado que los datos obtenidos son anónimos y ha entendido que pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Edith Kiara Manzano Estrella

Piura, 02 de junio de 2020

## Anexo 8. Compromiso del Investigador

### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR INVESTIGADOR



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Título: Salud mental y apoyo socio-sanitario percibido ante violencia de pareja íntima en mujeres de establecimientos de salud de Guayaquil, 2020.**  
**Investigador(a) principal: Edith Kiara Manzano Estrella**

#### Declaración de la Investigadora:

Yo, **Edith Kiara Manzano Estrella**, en mi propio nombre, me comprometo en todo momento a guardar el anonimato de los individuos estudiados, al estricto cumplimiento de la confidencialidad de los datos obtenidos, y al uso exclusivo de los mismos con fines estadísticos y científicos, tanto en la recogida como en el tratamiento y utilización final de los datos de usuarios correspondientes a historias clínicas y/o base datos institucionales autorizadas con motivos del estudio de investigación. Solo haré usos de estos datos y en caso requiera disponer de datos adicionales deberé contar con su consentimiento informado. Asimismo, mantendré seguridad de ellos y no serán accesibles a otras personas o investigadores. Garantizo el derecho de los usuarios, del respeto de valores éticos de sus datos, su anonimato y el respeto de la institución de salud involucrada, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 del gobierno del Perú.

Edith Kiara Manzano Estrella  
C.I. 0912232592

**Piura, 02 de junio de 2020**



