



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E INADAPTACIÓN EN MUJERES  
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CENTRO  
EMERGENCIA MUJER EN COMISARIA SAN MARTIN DE PORRES**

**Línea de Investigación:** Psicología Forense y Criminología

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Psicología Forense y  
Criminología.

**AUTORA**

Condori Pareja, Marialina

**ASESOR**

Murillo Ponte Manuel

**JURADO**

Castillo Gómez Gorqui Baldomero

Valdez Señá Lucía Emperatriz

Placencia Medina Elba Yolanda

**Lima- Perú**

**2021**

## **DEDICATORIA**

*La presente investigación está dedicada a mi esposo, y a mis hijos los cuales han sido mi apoyo incondicional*

### **AGRADECIMIENTO**

*Un cordial agradecimiento a la Universidad Nacional Federico Villareal por impartir esta especialidad que me ha brindado la oportunidad de enriquecer mis conocimientos en el área forense y criminológico, de la misma manera agradezco a mis maestros profesionales de gran sabiduría quienes con su experiencia en el área lograron mis expectativas.*

# ÍNDICE

**Dedicatoria**

**Agradecimiento**

**Resumen**

**Abstract**

**Índice**

**Índice de tablas**

**Índice de figuras**

<b>I. Introducción</b>	10
1.1. Descripción y formulación del problema	12
1.2. Antecedentes	15
1.3. Objetivos	20
1.3.1 Objetivo general	20
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4. Justificación	21
1.5. Hipótesis	22
1.5.1 Hipótesis general	22
1.5.2 Hipótesis específicas	23
<b>II. Marco teórico</b>	24
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	24
2.1.1 Síntomas psicopatológicos	24
2.1.1.1 Enfoques teóricos que explican las psicopatologías	25
2.1.1.2 Dimensiones de los Síntomas Psicopatológicos	27
2.1.2 Inadaptación	30
2.1.2.1 Teorías que explican la inadaptación	30
2.1.2.2 Propuesta teórica de la inadaptación de Echeburúa y colaboradores	32
2.1.2.3 Relación entre síntomas psicopatológicos e inadaptación	34
2.1.3 Violencia de género	35
2.1.3.1. Teorías explicativas	37
2.1.3.2 Tipos de violencia	39
2.1.3.3 El ciclo de la violencia	40
2.1.3.4 Consecuencias de la violencia familiar	41

2.1.3.5 Centro Emergencia Mujer en Comisaria:	42
<b>III. Método</b>	<b>43</b>
3.1 Tipo de investigación	43
3.2 Ámbito temporal y espacial	43
3.3 Variables	43
3.4 Población y muestra	45
3.5 Instrumentos	46
3.6 Procedimientos	52
3.7 Análisis de datos	52
<b>IV. Resultados</b>	<b>53</b>
<b>V. Discusión</b>	<b>69</b>
<b>VI. Conclusiones</b>	<b>73</b>
<b>VII. Recomendaciones</b>	<b>74</b>
<b>VIII. Referencias</b>	<b>75</b>
<b>IX. Anexos</b>	

## Índice de tablas

	Pág.
Cuadro 1 Operacionalización de la variable Síntomas Psicopatológicos	44
Cuadro 2 Operacionalización de la variable Inadaptación	45
Tabla 1 Bondad de Ajuste para Síntomas Psicopatológicos e Inadaptación	53
Tabla 2 Correlación entre Síntomas psicopatológicos e Inadaptación en víctimas de violencia de género del CEM Comisaria San Martin de Porres (n=60), con la prueba de Spearman.	54
Tabla 3 Correlación entre Síntomas psicopatológicos e Inadaptación en víctimas de violencia de género del CEM Comisaria San Martin de Porres (n=60), con la prueba de Pearson	55
Tabla 4 Niveles de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martin de Porres	56
Tabla 5 Niveles de adaptación e inadaptación en víctimas de violencia de género del CEM Comisaria San Martin de Porres	58
Tabla 6 Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM - Comisaria San Martin de Porres, con Kruskal-Wallis; según estado civil.	59
Tabla 7 Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM - Comisaria San Martin de Porres, con ANOVA – Entre grupos; según estado civil.	60

Tabla 8	Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM - Comisaria San Martin de Porres, con Kruskal-Wallis; según nivel de riesgo.	62
Tabla 9	Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM - Comisaria San Martin de Porres, con ANOVA – Entre grupos; según nivel de riesgo.	63
Tabla 10	Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM - Comisaria San Martin de Porres, con Kruskal-Wallis; según tipo de violencia.	64
Tabla 11	Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martin de Porres según tipo de violencia	65
Tabla 12	Diferencias de la inadaptación en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martin de Porres según Estado Civil .	66
Tabla 13	Diferencias de la inadaptación en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martin de Porres según nivel de riesgo	67
Tabla 14	Diferencias de la inadaptación en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martin de Porres según tipo de violencia	68

# **Síntomas Psicopatológicos e Inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres**

Marialina Condori Pareja

**Universidad Nacional Federico Villarreal**

## **Resumen**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los síntomas psicopatológicos e inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género. El diseño fue no experimental de tipo descriptivo- correlacional. La muestra fue 60 mujeres atendidas en el Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porras-Lima, con edades 18 a 65 años. Los instrumentos usados fueron el Inventario de Síntomas SCL-90 de Derogatis y la Escala de Inadaptación de Echeburúa y Corral. Los resultados obtenidos demuestran que se encontró relación moderada y altamente significativa entre los síntomas psicopatológicos y la inadaptación ( $p > .05$ ) esto quiere decir a mayores síntomas psicopatológicos mayor es la inadaptación en las mujeres víctimas de violencia de género. La mayoría de las mujeres víctimas de violencia de género presentan sintomatología normal, seguido de síntomas relevantes como depresión (13.3%); somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad e ideación paranoide (11.7%); hostilidad (10%); obsesión y compulsión, ansiedad fóbica, y psicoticismo (8.3%). En cuanto a las patologías severas se aprecia que el 3,3% presenta síntomas de obsesión y compulsión, hostilidad y psicoticismo; el 1,7% presenta patología severa en ansiedad, ideación paranoide y ansiedad fóbica respectivamente. El 81.7% de las mujeres víctimas de violencia de género presenta inadaptación y el 18.3% presenta adaptación. Además, se hallaron diferencias significativas entre el síntoma psicopatológico hostilidad con los tipos de violencia (físico, psicológico y económico). Los síntomas psicopatológicos de somatización, depresión y ansiedad con el estado civil soltera.

**Palabras clave:** Síntomas Psicopatológicos, Inadaptación, Violencia de Género.

**Psychopathological Symptoms and Inadaptation in women victims of gender violence of the Emergency Center for Women in San Martín de Porres Commission.**

Marialina Condori Pareja

**Universidad Nacional Federico Villarreal**

**Abstract**

The present research aimed to determine the relationship between psychopathological symptoms and maladjustment in women victims of gender violence. The design was descriptive-correlational non-experimental. The sample was 60 women treated at the Women's Emergency Center in Comisaria San Martín de Porras-Lima, aged 18 to 65 years. The instruments used were the Derogatis SCL-90 Symptom Inventory and the Echeburúa and Corral Maladjustment Scale. The results obtained show that a moderate and highly significant relationship was found between psychopathological symptoms and maladjustment ( $p > .05$ ), this means the greater the psychopathological symptoms, the greater the maladjustment in women victims of gender violence. Most of the women victims of gender violence present normal symptoms, followed by relevant symptoms such as depression (13.3%); somatization, interpersonal sensitivity, anxiety and paranoid ideation (11.7%); hostility (10%); obsession and compulsion, phobic anxiety, and psychoticism (8.3%). Regarding severe pathologies, it is appreciated that 3.3% present symptoms of obsession and compulsion, hostility and psychoticism; 1.7% present severe pathology in anxiety, paranoid ideation and phobic anxiety respectively. 81.7% of women victims of gender violence present maladjustment and 18.3% present adaptation. In addition, significant differences were found between the psychopathological symptom hostility with the types of violence (physical, psychological and economic). Psychopathological symptoms of somatization, depression and anxiety with single marital status.

**Keywords:** Psychopathological Symptoms, Maladjustment, Gender Violence

## I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación intenta establecer la relación que existe entre los síntomas *psicopatológicos* y la inadaptación en víctimas de violencia de género, que han sufrido violencia en una relación de pareja la cual está asociada a una sensación de amenaza a la vida y a su bienestar emocional por las graves implicancias psicológicas que produce en ellas, lo cual constituye un factor de riesgo para su salud mental ya sea a corto o largo plazo.

La violencia contra la mujer representa un grave problema social y de salud pública, a su vez, los estereotipos sociales acerca del papel de la mujer y las relaciones de pareja desempeñan un determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia (Lorente, 2001). La violencia repetida e intermitente, entremezclada con periodos de arrepentimiento y de ternura, suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes. Estos sentimientos hacen aún más difícil la decisión de marcharse, o cuando menos, de buscar una solución. (Echeburua y Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Es preocupante la situación de casos de violencia de género en el Perú debido a que estos se han incrementado en el 2018. El Ministerio de la Mujer reportó el 25 de noviembre 107,840 casos en comparación en el año anterior que fueron 75,953 casos, el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público maneja cifras más altas en relación a los CEM que son 113,830 denuncias recogidas por violencia familiar y lesiones graves contra las mujeres e integrantes de la familia, mientras que el Centro Emergencia Mujer Comisaría San Martín de Porres atendió en el 2018, 1050 casos, siendo más del 80 % mujeres, estas cifras son preocupantes porque están repercutiendo la salud mental y desarrollando diversos problemas psicológicos y psicopatológicos en quienes viven episodios reiterados de violencia, desarrollando en ellas baja autoestima, depresión, ansiedad, estrés, miedo, sentimientos de culpa, incertidumbre, trastornos del sueño, dolores de cabeza, problemas en la alimentación,

irritabilidad, indefensión, problemas con el alcohol, etc., afectando su vida diaria ya sea en el trabajo, su vida social, con sus hijos, con su familia, y en general.

En vista a ello, es que permito mostrar la presente investigación que lleva como título “*Síntomas psicopatológicos e inadaptación en víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en comisaria San Martín de Porres*”. La cual tiene el propósito de conocer, identificar y relacionar los síntomas psicológicos y la Inadaptación para así orientarnos que síntomas prevalecen y como estos ha afectado en las diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Esto nos servirá para una explicación complementaria para así tener un mejor manejo de atención y tratamiento de las mismas.

En el presente estudio el tipo de investigación que utilizaremos es Descriptiva-Correlacional porque vamos a describir y relacionar los Síntomas Psicopatológicos y la Inadaptación, describir y relacionar en función de los datos sociodemográficos de víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres.

En el primer capítulo desarrollaremos el marco teórico, cuyos temas son síntomas psicológicos, inadaptación y violencia de género. En el segundo capítulo trataremos los aspectos relacionados con la investigación propiamente dicha y en el expresamos el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, variables y resultados mediante cuadros estadísticos para su mejor análisis y finalmente consignamos las conclusiones a las que se llegan con esta investigación, así como las sugerencias que consideramos pertinentes

## 1.1 DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La violencia de género es una problemática alarmante en el mundo, pues tal como lo expresa el informe anual de la Organización de las Naciones Unidas ([ONU MUJERES], 2018) enfocado en el estudio de temáticas relacionadas con la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, afirma que un aproximado del 35% de mujeres alrededor del mundo durante el periodo 2017 a 2018 sufrió violencia, tanto a nivel físico como sexual, es importante mencionar que tal estimación no incluye problemáticas como el acoso sexual callejero, por otro lado, las cifras estadísticas en algunos países llegan casi a afectar al 70% de mujeres, indicando que en muchas oportunidades el perpetrador de la violencia suele ser la pareja.

Las consecuencias de la violencia de género traen consigo problemas aún mayores como el feminicidio, revelando que en el mundo cerca de 87 mil mujeres perdieron la vida, donde un 58% fue a manos de la pareja o algún familiar, señalando que a diario más de 100 mujeres han sido asesinadas por algún integrante de su sistema familiar [ONU MUJERES] (2018).

Del mismo modo, el Instituto Nacional de estadística e informática [INEI] (2018) revela que la situación sobre la violencia de género es problemática también en nuestro contexto, hallando que más del 60% de mujeres con edades entre 15 a 49 años fue víctima de violencia, ya sea física, psicológica sexual y/o verbal, por parte del esposo, pareja o conviviente.

Las cifras estadísticas manifestadas, revelan una situación alarmante, que no solo trae consigo estigmas sociales, sino que conlleva a una serie de consecuencias y secuelas psicológicas para las afectadas, Corsi (2012) indica que la violencia de género constituye cualquier tipo de discriminación hacia la mujer, el acoso sexual, la trata de mujeres, prostitución, el aislamiento teniendo como base creencias religiosas, y toda forma de maltrato a nivel físico, social, sexual y psicológico, que de forma global afectan la psique de la mujer

vulnerada, adquiriendo la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa, disfunciones sexuales, trastornos pseudopsicóticos, de la conducta alimentaria, del estado de ánimo, entre otros, que algunas veces desencadenan en consecuencias mayores como el suicidio o la toma de decisiones nefastas que involucran el quitarle la vida a los hijos o parientes con mayor vulnerabilidad.

Sobre lo indicado, un estudio realizado por Paz, Labrador, Arinero y Crespo (2004) menciona que mujeres maltratadas suelen alcanzar a desarrollar trastorno de estrés postraumático, revelando que el 67.1% manifestó dicha afección de forma crónica, del mismo modo, hallaron presencia de depresión en el 84.2% de sus evaluadas, en el 10% alguna fobia específica, en el 7.1% crisis de angustia y fobia social en el 5.7%.

La información señalada se refuerza por el estudio de Prieto (2014) quien también asevera que tanto el trastorno de estrés post traumático y la depresión constituyen las patologías más comunes presentándose en aproximadamente el 57.4% y 47.6% de mujeres violentadas, no obstante, el autor pone en manifiesto la presencia de otras patologías como es el caso del trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo, así también la somatización o patología psicósomática, sintomatología disociativa, alteraciones del sueño, entre otros que se engloban en una amplia gama de alteraciones psicopatológicas.

Por otro lado, (Huerta, Miljanovich, Pequeña, Campos, Santivañez, Aliaga, Medina, Pérez, Fernández, Uceda, Silva, y Vidal, 2014) sostienen que no solo la presencia de síntomas psicopatológicos son problemáticas a abordar en víctimas de violencia de género, sino que existen otros factores que de alguna u otra forma dificultan y afectan la psique de una mujer vulnerada, tal es el caso de la inadaptación que implica un desajuste en la salud mental y con ello se ve afectado su desenvolvimiento en diferentes esferas del desarrollo humano, tal es el caso del trabajo, estudios, el uso del tiempo libre, la vida social, de pareja y familiar.

Entonces, Blazquez y Moreno (2008) consideran que una de las áreas con mayor afección suele ser el ámbito familiar y social, pues como bien se ha expresado, comúnmente los victimarios suelen ser la pareja y es a raíz de ello, que la víctima reduce la posibilidad de entablar relaciones sociales, ya sea con otros familiares, amigos e incluso abandonan metas personales de estudio y trabajo, esta situación como bien se menciona produce un desajuste en la salud mental que pudiese agravar la presencia de sintomatología psicopatológica en este grupo vulnerable.

Es importante mencionar que aun cuando, la víctima decide abandonar la situación de violencia, surge una inadaptación, ya que requiere un cambio del ritmo de vida, manifestado a través de una ruptura rigurosa frente a su anterior vida, donde muchas veces no disponen de recursos suficientes para llevar a cabo una inserción social, además, en muchos casos las redes de apoyo social suelen quebrarse y ello dificulta la adaptación al nuevo ritmo de vida en la víctima (Huerta et al. 2014).

Finalmente, esta investigación pretende conocer si existe relación entre los síntomas psicopatológicos y la inadaptación en víctimas de violencia de género atendidas en el Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres, dado que la situación de violencia en nuestro contexto genera con el pasar de los años cifras alarmantes que sugieren un abordaje oportuno, ya sea a nivel de investigación, así también la problemática planteada sugiere corroborar si las secuelas psicopatológicas que traen consigo la violencia guardan concordancia con la situación de inadaptación presentada comúnmente en la población señalada.

Por todo lo referido anteriormente se formula lo siguiente:

**Problema General:**

¿Existe relación entre los Síntomas Psicopatológicos y la Inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres?

## **Problemas Específicos:**

¿Qué niveles de los síntomas psicopatológicos presentan las mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres?

¿Cuáles son los niveles de inadaptación que presentan las mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres?

¿Cuáles son las diferencias que existen entre las dimensiones sintomáticas psicopatológicas en mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres, según estado civil, nivel de riesgo y tipo de violencia?

¿Cuáles son las diferencias que existen entre la inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres, según estado civil, nivel de riesgo y tipo de violencia?

## **1.2 ANTECEDENTES**

### **1.2.1. Antecedentes Internacionales**

Aguirre, Venera y Ariza (2018) realizaron una investigación en Colombia con la finalidad de describir los síntomas psicopatológicos y de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia por desplazamiento forzado. Los instrumentos utilizados es la escala de medición de gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático, el inventario de síntomas SCL-90 y la escala de inadaptación. Los resultados evidencian que el 52% de mujeres víctimas de violencia por desplazamiento forzado padecen de rasgos de ansiedad fóbica, más del 60% presentan síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación.

Ruiz, Gonzáles, Gonzáles, Aguilar y Torres (2018) realizaron una investigación en México con objetivo de identificar la relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida. La investigación contó con una muestra de 465 adultos de ambos sexos, quienes fueron

evaluados a través del inventario de síntomas SCL-90-R de María Casullo y la Escala de auto-reporte de la calidad de vida (WHOQOL-BREF). El estudio fue descriptivo correlacional, de un diseño no experimental, los resultados indicaron que existen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en los síntomas psicopatológicos según sexo, dando a conocer que las mujeres presentan mayores puntuaciones, del mismo modo menores niveles en la calidad de vida para dicho grupo, finalmente los investigadores refieren correlaciones significativas ( $p < 0.05$ ) de tipo inversa, concluyendo que los problemas de salud mental afectan la calidad de vida, además, destacan problemas psicopatológicos como la depresión en mujeres, y en los hombres, la somatización.

Mattos, Montalvo y Oviedo (2016) realizó una investigación en Colombia, con el objetivo de describir los daños psicológicos e identificar la presencia de síntomas psicopatológicos y la presencia de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia conyugal. Los instrumentos que utilizaron son el inventario de síntomas SCL-90 y la escala de gravedad de síntomas del trastorno del estrés postraumático. El estudio es de tipo descriptivo de corte trasversal y diseño no experimental. Los resultados indican una evidente presencia de síntomas psicopatológicos y de estrés postraumático. Las mujeres evidencian indicadores clínicos que demuestran la presencia de los síntomas evaluados tales como la somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y altos niveles de hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, y un índice de severidad global por encima del corte, evidenciando malestar en los síntomas positivos.

López y Ruiz (2016) realizó una investigación en Colombia, con la finalidad de identificar los niveles de estrés postraumático e inadaptabilidad en 50 víctimas de desplazamiento forzado de Mampujan-Bolívar. Los instrumentos empleados fueron la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático y la escala de inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández. Los resultados evidencian la presencia de síntomas para el trastorno de estrés postraumático en un 46% de los participantes, mientras que la

sintomatología correspondiente al trastorno de inadaptabilidad está presente en un 54% de los mismos. En base a dichos resultados, se concluye que la sintomatología presente en la muestra, es de carácter relevante teniendo en cuenta los 16 años del suceso.

Ocampo (2015) en Colombia, realizó una investigación con finalidad de describir los niveles de adaptación y autoestima, en una muestra constituida por 50 personas que manifestaron alguna experiencia de maltrato por parte de la pareja sentimental quienes residían en la ciudad de Medellín, de ambos sexos con edades que varían entre los 19 a 60 años. El estudio fue descriptivo, de tipo no experimental, los instrumentos que emplearon fueron una entrevista estructurada diseñada por Echeburúa y colaboradores, la escala de autoestima de Rosemberg y la escala de inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández. Los resultados señalaron que el 40% de evaluados señalaron bajos niveles de autoestima, así también un 82% de los participantes mostró niveles altos de inadaptación, del mismo modo el autor reportó en los evaluados los tipos de maltrato: físico, económico y sexual. El investigador concluye que las personas que sufren de maltrato por parte de la pareja suelen manifestar baja autoestima y altos niveles de inadaptación.

### **1.2.2. Antecedentes nacionales**

Colque (2020) realizó un estudio cuyo objetivo es determinar las consecuencias psicológicas de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. La muestra estuvo constituida por 108 mujeres que denunciaron a sus parejas por violencia en la Provincia Constitucional del Callao durante los años 2018 y 2019. Se utilizó la lista de chequeo de síntomas de Distres SCL-90 R de Derogatis. Los resultados en cuanto al sufrimiento psicológico en las víctimas de maltrato son superiores a los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Por otra parte en cuanto a los síntomas primarios sobresalen: la depresión ( $X=1,81$ ), la obsesión-compulsión ( $X=1,74$ ), la ansiedad ( $X=1,70$ ) y la somatización ( $X=1,69$ ).

Alayo y Gómez (2020) realizó una investigación con la finalidad de determinar las diferencias en los síntomas psicopatológicos entre mujeres víctimas y no víctimas de violencia en el Centro Poblado de Alto Trujillo. La muestra estuvo conformada por 309 mujeres, 155 víctimas y 154 no víctimas de violencia. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de tamizaje VIF creado por el Ministerio de Salud y el SCL 90-R creado por Derogatis. Los resultados obtenidos entre víctimas y no víctimas de violencia indicaron diferencias altamente significativas en las 9 dimensiones y los 3 índices globales, con un tamaño de efecto mediano. La sintomatología que más exteriorizan las mujeres víctimas son somatizaciones que incluye alteraciones musculares, respiratorias y gastrointestinales. También se caracterizan por presentar pensamientos y conductas obsesivas inadecuadas difíciles de evitar, generando intensa angustia. De igual forma evidencian sentimientos de inferioridad, timidez y vergüenza. También se encontraron síntomas depresivos caracterizados por falta de energía, desesperanza, desánimo, ideas destructivas. De igual forma manifiestan estados de irritabilidad, agresividad y resentimiento. De igual manera muestran síntomas de ansiedad fóbica como miedos persistentes e irracionales generalmente a una situación, persona u objeto. También presentan sintomatología de conductas paranoides tales como pensamientos de suspicacia, ideación delirante. Se caracterizan también por presentar pensamientos y sentimientos de estado de soledad, control de pensamiento y alucinaciones. Así también el índice global de severidad de los síntomas demuestra la intensidad de la sintomatología de las mujeres víctimas, a comparación de las que no lo son.

Sánchez (2018) realizó un estudio de tipo descriptivo, no experimental en Lima, cuyo propósito fue identificar los síntomas psicopatológicos en alumnos de psicología. La muestra estuvo constituida por un total de 300 alumnos de la carrera en mención, de ambos sexos, cuyas edades se encontraban entre los 17 a 44 años, pertenecientes a una universidad pública. El instrumento que empleó el investigador fue la Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) versión de Sandín y colaboradores. Los resultados indicaron alta prevalencia de síntomas

psicopatológicos en alumnos del primer año de estudios, la cual con el pasar de los años de carrera suele disminuir, es decir halló presencia de 30% de síntomas moderados y marcados para estudiantes del primer año de carrera y un 8% en estudiantes del último año de carrera, siendo los trastornos más frecuentes la depresión, seguida por la obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica.

Saavedra (2018) indagó en Chiclayo, acerca de la relación entre esquemas socioemocionales y síntomas psicopatológicos depresivos. El estudio fue correlacional, no experimental, contando con la participación de 300 mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja, con edades entre 18 a 59 años. Los instrumentos de evaluación fueron la Escala de Esquemas Emocionales (LESS) de Leahy y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). En cuanto a los resultados el investigador reportó correlación significativa ( $p < 0.05$ ) entre las dimensiones: inestabilidad y los síntomas depresivos. De esta forma el autor concluye que cuanto mayor es la inestabilidad, mayores también son los síntomas ligados a la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Chacaltana (2017) investigó en Lima, con referencia a la presencia de síntomas psicopatológicos y la relación madre –hijo, empleando una muestra conformada por 87 internas del Anexo de mujeres de Chorrillos, cuyos hijos tenían menos de 3 años. El estudio fue no experimental, descriptivo correlacional, de corte transaccional. Los instrumentos que empleó el investigador fueron el Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90-R y el Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre-Niño ERMN. Los resultados refirieron correlación estadísticamente significativa directa ( $p < 0.05$ ) entre las dimensiones sintomáticas con los índices globales de malestar y actitudes maternas de: sobreindulgencia, rechazo y sobreprotección, del mismo modo el investigador halló diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en la actitud de aceptación, según el grado de instrucción de las internas.

Quijano (2017) en Huánuco, se propuso como objetivo identificar si los niveles de adaptación personal, social y escolar en una muestra de 49 adolescentes derivadas a la Unidad

de Asistencia Inmediata a Víctimas y Testigos Leoncio Prado, se encontraban ligados a la presencia de abuso sexual. Se trató de un estudio descriptivo correlacional, de diseño no experimental, de corte transaccional. Las pruebas de recolección de datos que emplearon fueron el Test Auto evaluativo Multifactorial de Adaptación – Inadaptación (TAMAI) y una guía de Evaluación de la Violencia. Los resultados señalaron que las adolescentes evaluadas víctimas de abuso sexual presentaban niveles elevados de inadaptación social, que resultó significativo ( $p < 0.05$ ). El investigador concluye que la adaptación social se ve afectada en adolescentes tras ser víctimas de abuso sexual.

Huerta et al. (2014) en Lima, evaluaron la relación entre inadaptación y estrés postraumático, se trató de un estudio correlacional de tipo descriptivo y no experimental, que empleó una muestra de 256 mujeres de 16 a 65 años víctimas de violencia donde el victimario era la pareja. Los instrumentos que emplearon fueron una escala sociodemográfica de datos, la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, la escala de inadaptación de Echeburúa y colaboradores y la Escala complementaria de síntomas somáticos de ansiedad. Los resultados indicaron relación significativa ( $p < 0.01$ ) directa entre inadaptación y las dimensiones de la escala de estrés postraumático: reexperimentación, evitación y activación, en mujeres evaluadas de todas las edades. Por otra parte, los investigadores hallaron que la edad cronológica es una variable que no incide en los síntomas del estrés postraumático ni en el comportamiento de inadaptación, atribuyendo únicamente la situación de violencia a dichos trastornos que afectan la salud mental de la mujer.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre los síntomas psicopatológicos y la inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres.

## **Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar los niveles de los síntomas psicopatológicos que presentan las mujeres víctima de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres.
- ✓ Describir los niveles de inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres.
- ✓ Conocer las diferencias que existen entre las dimensiones sintomáticas psicopatológicas en mujeres víctima de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres, según Estado Civil, nivel de riesgo, tipo de violencia.
- ✓ Describir las diferencias que existen entre la inadaptación en mujeres víctima de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres, según Estado Civil, nivel de riesgo, tipo de violencia.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN**

Nuestra investigación es importante porque permite relacionar los síntomas psicopatológicos y la inadaptación a la vida cotidiana en una muestra de mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres.

Según la Organización Mundial de la Salud Mental (2006) define al síntoma psicopatológico como “Un trastorno que se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales”; y la inadaptación es el grado de desajuste que produce un determinado trastorno, cualquiera sea en la vida cotidiana tanto a nivel global como en las áreas más concretas (trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar).

Por eso que enmarcamos nuestro estudio en esta población de mujeres que producto de la violencia reiterada han desarrollado síntomas psicológicos o psicopatológicos (depresión, angustia, miedo, culpa, somatización, ideación paranoide, ansiedad fóbica, etc.) que interfieren de manera negativa en su vida diaria. La inadaptación a la vida cotidiana constituye una luz

roja de alarma en relación con la salud mental de la persona afectada, de hecho, la frontera no siempre nítida entre la normalidad y la anormalidad de los síntomas y de las conductas extrañas de una persona se sitúa, como criterio principal, en el grado de interferencia negativa de los mismos en las distintas facetas de la vida diaria. De este modo una persona deja de estar triste para volverse deprimida, de ser tímida para convertirse en fóbica social o de ser miedosa para llegar a ser ansiosa, cuando las emociones (miedo o tristeza) o los rasgos de personalidad (timidez) adquieren tal intensidad que le impiden a una persona adaptarse a la vida ordinaria (Labrador, Echeburua y Becoña, 2000).

A la vez las víctimas de violencia de género se encuentran en alto riesgo debido a la probabilidad que los hechos violentos continúen, ya que esta violencia está asociada a una sensación de amenaza a la vida y al bienestar emocional por las graves implicaciones psicológicas que produce. Los sucesos violentos siempre pondrán en peligro la integridad física o psicológica de la víctima y dejan a la víctima en una situación emocional que es incapaz de afrontar con sus recursos psicológicos habituales (Echeburúa, Corral Y Amor 2002). La víctima no será capaz de afrontar ni adaptarse a la nueva situación después del hecho violento.

Es por eso que la presente investigación es importante desde el punto de vista social, clínico y forense ya que contribuirá a relacionar los síntomas psicopatológicos y la inadaptación de las mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en comisaria San Martin de Porres, a fin de diseñar o mejorar los programas de intervención lo cual implica la capacitación y especialización de los operadores de dichos programas.

## **1.5 HIPÓTESIS**

### **Hipótesis General**

H<sub>a</sub>. Existe relación significativa entre los síntomas psicopatológicos y la inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martin de Porres.

H<sub>0</sub>. No existe relación significativa entre los síntomas psicopatológicos y la inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martin de Porres.

### **Hipótesis Específicas**

- H<sub>1</sub> La mayoría de las mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martin de Porres presentan sintomatología normal esperada, seguido de las que presentan síntomas relevantes y una minoría presenta patología severa de Obsesión y compulsión, hostilidad, psicoticismo, ansiedad, ideación paranoide y ansiedad fóbica.
- H<sub>2</sub> La mayoría de las mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martin de Porres presentan inadaptación.
- H<sub>3</sub> No existe diferencia significativa entre las dimensiones sintomáticas en víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martin de Porres, según estado civil, nivel de riesgo y tipo de violencia, excepto el síntoma hostilidad con el tipo de violencia; y los síntomas somatización, depresión, ansiedad con la población soltera.
- H<sub>4</sub> No existe diferencia significativa entre la inadaptación en víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martin de Porres, según estado civil, nivel de riesgo y tipo de violencia.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 BASES TEÓRICAS SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **2.1.1 Síntomas Psicopatológicos**

Los síntomas psicopatológicos experimentados por las víctimas de maltrato son secuelas de las vejaciones continuas sufridas en la intimidad del hogar, no de un desequilibrio previo. (Echeburúa et al., 1997).

Sánchez (2018) define la variable síntomas psicopatológicos como el conjunto de signos y síntomas presentes en sujetos con características de un trastorno mental, en ocasiones dicha conducta presenta carga genética y ambiental.

Por otro lado, Saad, Belfort, Camarena, Chamorro y Martínez (2010) explican que todo comportamiento patológico se origina cuando existen eventos negativos dentro de la niñez que da paso a un apego inseguro, causando así posibles patologías en el individuo. Gonzáles y Cruzado (2004) consideran que los síntomas psicopatológicos son todas aquellas unidades de irracionalidad e inadaptación al medio donde se desenvuelve, entre otros, que hacen referencia a los criterios básicos para un comportamiento de carácter psicopatológico.

Por su parte, para Ortiz-Tallo (2013) la psicopatología es una ciencia que estudia a los trastornos psicológicos intentando buscar explicaciones a aquellos factores que predisponen, mantienen o precipitan las enfermedades mentales.

Así mismo, Maraza y Morocco (2019) explican que es todo cambio de comportamiento que el paciente experimenta a causa de un deterioro psicológico y estado patológico.

Casullo y Fernández (2001) indican dicha variable como un malestar expresado por el individuo que puede estar originando la presencia de otros síntomas de igual o mayor magnitud.

Para Derogatis (como se citó en Villagrá, González, Fernández, Casares, Martín y Rodríguez, 2011) los trastornos psicológicos pueden estar expresados a través de la depresión, somatización, trastorno obsesivo-compulsivo e ideación paranoide, aquellos que puede incrementar significativamente la conducta violenta

Finalmente, para el Ministerio de Salud ([MINSAL], 2014) los trastornos mentales afectan la manera en cómo el individuo piensa, siente y se relaciona con terceras personas ocasionando deterioros significativos en su vida y distintas esferas de su desarrollo

### **2.1.1.1 Enfoques teóricos que explican las psicopatologías**

#### **Enfoque Conductual**

Postulado teórico que explica que el desarrollo de una conducta patológica radica en hábitos desadaptativos condicionados por estímulos presentes en el medio ambiente, por lo general frente a situaciones de estrés, generando una tendencia a presentar círculos viciosos autodestructivos (Torres, 2007).

Eysenck y Wolpe (como se citaron en Torres, 2007) fueron los primeros teóricos en brindar aportaciones acerca de las conductas anómalas bajo esta perspectiva teórica. Dichos investigadores manifestaban que todo comportamiento inusual involucra déficits en relación a las conductas de adaptación o por el contrario excesivas conductas reforzadas, pero de manera inadecuada. Es decir, cuando una conducta “normal” no era aprendida, las condiciones para aprender un comportamiento inapropiado se elevaban

Por su parte, Tolam y Hull sostienen que todo individuo aprende a través de una serie de respuestas que otorga los estímulos en relación a la fuerza asociativa del mismo. Así también señala que toda conducta persigue una meta y que el sujeto muchas veces busca soluciones fáciles, desechando las difíciles (Carranza, 2016).

Torres (2007) explican que toda actitud y comportamiento es aprendido como consecuencia de un aprendizaje parental y por medio también de eventos a los que se encuentra expuesto, de ello se desprende que la incidencia de muchos patrones

patológicos se encuentran basados en comportamientos y actitudes que experimenta el sujeto desde pequeño por medio de sus progenitores. Toda conducta patógena se encuentra mediada por tres factores: Estrategias defensivas generalizadas, aprendizaje de conductas poco adaptativas y escasa experiencia necesaria para aprender conductas adecuadas.

### **Enfoque Biopsicosocial**

Éste enfoque explica que la salud y la enfermedad es resultado de tres componentes: la relación entre factores biológicos, psicológicos y sociales. De ello se desprende que ésta teoría rechaza completamente la relación de mente – cuerpo y brinda mayor importancia a la interacción e influencia que tiene el contexto social y cultural. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

Éste postulado teórico ejerce una gran influencia en la actualidad al intentar explicar el estado de la salud mental y física, ya que, se produce alteraciones cognitivas, dificultades para almacenar información, entre otros (Ramos, 2014).

No obstante, estos factores no siempre tienen una importancia homogénea, por ejemplo, en la psicosis esquizofrénica es determinantes los factores hereditarios, sin embargo, hay un grado de influencia en el factor ambiental y psicosocial como el consumo de alguna sustancia psicoactiva o el escaso afecto emocional existente dentro del sistema familiar. Mientras que para una persona que presenta Síndrome de Down la causa principal es el factor genético y los factores estresantes son secundarios (Ortiz – Tallo, 2013).

Por su parte, Millon (como se citó en Ortiz – Tallo, 2013) señala que la personalidad es altamente significativa para el desarrollo de los trastornos psicológicos, por ello, frente a su tratamiento eficaz es imprescindible comprender ésta concepción, ya que una persona que desarrolla una fobia específica a causa de una situación concreta requerirá un tratamiento distinto frente a otra que ha desarrollado la misma fobia pero con una personalidad que predispone ésta enfermedad. Por eso es importante tener un buen

desarrollo de la misma, con adecuada capacidad para afrontar situaciones estresantes y difíciles sobre el mundo psicosocial

### **2.1.1.2 Dimensiones de los Síntomas Psicopatológicos**

Derogatis elaboró el instrumento “Inventario de Síntomas” SCL-90-R, el cual fue adaptado por Casullo, en él se permite conocer la severidad actual acerca de la patología, los síntomas psicopatológicos y el índice de síntomas positivos, a través de nueve dimensiones, las cuales se explican a continuación (Casullo y Castro, 2002).

**Somatización:** Preocupación exagerada acerca de alguna enfermedad que ocasiona la aparición de tensiones musculares, problemas intestinales, cardiovasculares provocando angustia y malestar emocional (Maraza y Morocco, 2019). Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias".

**Obsesiones y Compulsiones:** El individuo experimenta pensamientos y acciones involuntarias, difícilmente controlables (Óscar y Ledesma, 2009). Por su parte, La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) define las obsesiones como “impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados”, mientras que las compulsiones son definidas como “conductas repetitivas o actos que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente”.

**Sensibilidad Interpersonal:** Sentimientos de inferioridad cuando se compara con sus semejantes durante la interacción con los mismos (Casullo, 2004). Por otra parte, Mancilla Izquierdo, F. (2011) indica que la sensibilidad interpersonal se refiere a sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, en tanto nos comparamos con

otros, en relación a la interacción interpersonal refiere el malestar, la dificultad y el desprecio que surge de esta.

**Depresión:** Estado de ánimo caracterizado por la pérdida de interés por las cosas que anteriormente le causaban placer y que afecta el apetito, el sueño, actividad psicomotora, ausencia de energía, déficit en la toma de decisiones (Sánchez, 2018).; Así mismo la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) define la depresión como un estado de ánimo que parte de la información subjetiva, generando sentimientos de tristeza, vacío, sin esperanza, reducción significativa del placer o el interés por todas o casi todas las actividades, variación en el peso y el apetito sin aparente razón, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, dificultades para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte, intentos, planes específicos o ideas suicidas.

**Ansiedad:** Conductas que se caracterizan por nerviosismo exagerado, temblor en miembros superiores e inferiores, palpitaciones, inquietudes, entre otros (Óscar y Ledesma, 2009). Por otra parte, Virues (2005) dice que la ansiedad es el estado mental que se caracteriza por presentar malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.

**Hostilidad:** Comportamientos denigrantes, hostiles que tiene hacia uno mismo y hacia los demás, ya que atribuye a las demás fuentes de malas acciones o amenaza (Maraza y Morocco, 2019). A la vez Lordén e Isabel (2017), señalan que la hostilidad se caracteriza por evaluación negativa acerca de las personas y las cosas, actitud de resentimiento que incluye respuestas tanto verbales como motoras, patrón relativamente estable de creencias y actitudes negativas sobre los demás, percibir a las personas como amenazantes y agresivas, muestras de desprecio o disgusto, cinismo, desconfianza y denigración, suspicacia, enfrentamiento y resentimiento; acompañado de un claro deseo de infringir daño a los otros. Estas actitudes y deseos suelen estar asociados a sentimientos de ira.

**Ansiedad Fóbica:** Sentimientos de inhibición social como resultado de un miedo irracional y exagerado frente a situaciones cotidianas (Sánchez, 2018). Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) nos dice que es un temor causado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Presencia de un estímulo fóbico provoca una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o mas o menos relacionada con una situación determinada.

**Ideación paranoide:** Guarda relación con las distorsiones cognitivas como suspicacia pensamiento proyectivo, delirios, temor a perder la autonomía, entre otros (Casullo, 2004). Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) consiste en desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, sospecha sin base suficiente, preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas, poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra, lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia, rencor persistente, percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.

**Psicoticismo:** Comportamientos que se caracterizan por restar importancia a los demás, personas que suelen presentar muchos problemas, carecen de empatía y cualquier otro sentimiento, dificultad para encajar en cualquier sitio (Maraza y Morocco, 2019). Así mismo Donate Baby B. (2017) entiende como confluencia de signos y síntomas psicopatológicos cuyo denominador común es su gravedad incapacitante con serias alteraciones del pensamiento y la percepción una notable desorganización de la personalidad y del comportamiento y una grave distorsión del sentido de la realidad

### **2.1.2 Inadaptación**

La inadaptación es comprendida como un desajuste del estado mental que ocasiona un trastorno comportamental, otras palabras, cómo los problemas cotidianos que afectan el bienestar psicológico del individuo frente al área personal, familiar y social (Huerta et al. 2014).

Por su parte, Rincón (2003) sostiene que toda persona víctima de maltrato por parte de su pareja tiene problemas para adaptarse a situaciones de la vida diaria, presentando aislamiento social, desajuste emocional, conflictos familiares, ausentismo laboral, entre otros.

Barraca y Artola (2006) supone que la inadaptación se origina debido a una situación conflictiva relativamente continua del individuo con su entorno. Dicho proceso se consolida debido a problemas familiares, escolares, entre otros, generando frustraciones e inseguridades.

A su vez, para García et al. (2011) se comprende como la dificultad para establecer relaciones amicales e interpersonales que ocasionan deterioros en la comunicación integración y desarrollo personal.

Por otro lado, Valverde (2015) considera que una persona presenta problemas de inadaptación cuando no puede acoplarse al establecimiento de las normas sociales y como consecuencia genera comportamientos rebeldes, de ésta manera adquiere un sentido de permanencia que percibe como ajeno al suyo.

#### **2.1.2.4 Teorías que explican la inadaptación**

##### **Teoría sociológica**

Postulado teórico que explica el origen de la inadaptación como causa principal en problemáticas de tipo sociales, principalmente en dos categorías micro sociales y macro

sociales. La teoría micro social tiene por objetivo identificar el origen de la inadaptación dentro del sistema familiar como problemas en la comunicación, ausencia de normas y reglas, escaso afecto, excesivo control parental, entre otros, causas que conllevan a que poco a poco el sujeto caiga sobre una situación llena de inseguridades y frustraciones (Barraca y Artola, 2006).

Por otro lado, las teorías macro sociales identifican la manera en cómo se relaciona el individuo con su entorno, dado que, un ambiente caótico y hostil incrementaría la posibilidad de una desadaptación. Esto guarda mucha relación con las clases socioeconómicas, dado que las clases sociales más bajas se ven envueltas por subculturas delictivas, estilos de vida ilegales que hace que los individuos que viven dentro de ella no respeten las normas y reglas, y éstas sean a su vez vulneradas (López, 2012).

### **Modelo Operativo de Inadaptación Social**

Modelo teórico que integra los conocimientos sobre el campo interconductual y el propuesto por Bronfenbrenner a través de su modelo ecológico, que explica que la interacción con los ambientes es el principal influyente dentro de la conducta del individuo (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez, y López, 2002).

Esta teoría permite brindar explicaciones adecuadas en la comprensión de la inadaptación social. Este modelo interconductual explica que la conducta problema, es decir, la inadaptación se produce por la interrelación entre estímulos y antecedentes. Por tal motivo, una conducta agresiva, que supone una inadaptación social no es más que el desencadenante a una situación inadecuada. De ello se desprende que conductas como agresiones, absentismo escolar, entre otros pueden no ser vistas siempre como comportamientos inadecuados, dado que una pelea puede ser una conducta adaptada cuando es en defensa propia (Kazdin y Buena-Casal, 1994).

Del mismo modo, las consecuencias que produce la inadaptación pueden ocasionar problemas severos, lo cual dependerá de las repercusiones en el individuo y en el

contexto en donde se desenvuelve. No obstante, cuando estas consecuencias son extremadamente negativas producen situaciones de desamparo y conflicto social (Barraca y Artola, 2006).

#### **2.1.2.2 Propuesta teórica de la inadaptación de Echeburúa y colaboradores**

Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997) señalan que la violencia doméstica se considera una falta grave el cual puede ser penado por intermedio de multas, arresto entre otros, sin embargo, este tipo de soluciones han demostrado carecer de efectividad por lo que las intervenciones psicológicas muestran mejor efectividad, siempre y cuando el agresor muestra predisposición al cambio.

La “Escala de Inadaptación” que permite conocer cómo afecta la conducta violenta actual que presenta el sujeto repercute en los distintos aspectos de vida a través de cinco aspectos (Echeburúa et al. 1997).

**Trabajo/estudios:** guarda relación con los conflictos laborales suscitados, el ausentismo o rotación de personal y en cuanto a los estudios, el bajo rendimiento académico o deserción escolar (...). Casique (2014) relaciona la violencia de género con los efectos laborales ya que existe una incidencia de doble vía entre los ingresos (salario) y la condición de ejercer su actividad laboral de forma continua, ya que se pueden presentar incapacidades médicas, que impactan el presupuesto financiero, derivado de los efectos de la violencia, que se puede manifestar de forma física, verbal, psicológica o sexual. Lo anterior, puede deteriorar la calidad de vida y las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, tomando la decisión de renunciar y pudiendo afectar de manera directa su ingreso familiar.

**vida social:** entendido como el aislamiento con su grupo de pares, retraimiento, baja autoestima, timidez (...)

**Tiempo libre:** el sujeto prefiere ocupar sus días pensando en los actos violentos que sucedió (...)

**Las relaciones de pareja:** caracterizada por los conflictos e inseguridades así como temores ante cualquier discusión con la misma (...)

**Vida familiar,** interpone conflictos parentales y dificultades en la comunicación (Bravo, Echeburúa y Aizpiri, 2007).

Estudios de Labrador, et.al. (2004) señalan que un aspecto de especial relevancia es el alto nivel de inadaptación que se encuentran en las investigaciones en las mujeres maltratadas en su vida cotidiana. Ello es una alarma pues relieves de forma contundente los efectos desestructurantes que tiene la situación de maltrato en sus vidas. Las mujeres en esta situación ven afectada en primer lugar, su relación de pareja y su vida familiar. Después, mientras viven con el agresor, además del sufrimiento que la situación les genera, ven reducidas sus posibilidades de relacionarse con otras personas y de desarrollar actividades de ocio y tiempo libre debido a la situación de aislamiento y control que viven, llegando en algunos casos a una pérdida total de sus redes sociales. En tercer lugar, aquellas que ya han abandonado la situación de maltrato —que se encuentran viviendo en casas de familiares o amigos, en una casa de acogida o por su cuenta— se ven obligadas, en la mayoría de los casos y desde los primeros momentos, a realizar todas las labores domésticas y el cuidado de los hijos, a cambiar de trabajo, y a sumergirse en juicios o trámites legales, por lo que tampoco tienen posibilidades de recuperar o desarrollar su vida social ni actividades recreativas. Esta ruptura tan abrupta con toda su vida anterior y en condiciones generalmente adversas, hace muy difícil que puedan disponer de los recursos suficientes para lograr una nueva forma de inserción social. Las conductas que antes fueron adecuadas ahora no valen, las redes sociales que tenían se han difuminado, deben afrontar nuevas demandas sociales en condiciones de inestabilidad afectiva, personal y social, y además con frecuencia con dificultades

económicas y miedo a la posible “venganza” del agresor por su denuncia. Las posibilidades de adaptación social son muy escasas.

### **2.1.2.3 Relación entre síntomas psicopatológicos e inadaptación**

La violencia de género se encuentra relacionada con la sensación de amenaza que percibe el sujeto y a su vez supone un cambio en su estado emocional debido a las consecuencias psicológicas que produce dicho evento. Cuando la persona es víctima de violencia sufre distintos cambios psicológicos, más si la víctima vive a diario con su agresor, ésta empieza a desencadenar situaciones de estrés cuando se ve atacada y si este tipo de conductas aumenta en frecuencia puede dar paso a síntomas más crónicos como la depresión, estrés postraumático, ansiedad, entre otros, comportamientos que repercuten en negativamente en su salud mental (Golding, 1999).

Bajo estas consideraciones, se explica que la inadaptación frente a distintos aspectos de la vida supone un tema alarmante para la psique de la víctima, por ello, es que cuando la persona empieza a mostrar cambios conductuales anormales, éstos no pueden distinguirse claramente de un comportamiento normal (Labrador, 2010).

Reforzando lo expuesto en líneas anteriores, Domínguez, García y Cuberos (2008) manifiestan que la inadaptación en personas que han sido víctimas de violencia ha traído consigo enfermedades graves como depresión, ansiedad, siendo estas las más frecuentes. Estas patologías que experimentan los sujetos interfieren en su vida cotidiana, algunos empiezan a mostrar retraimiento social, ausentismo en el trabajo o hacia los lugares a los que frecuentaba ir, déficit en la crianza de sus hijos, entre otros, y todo ello ocasiona pérdidas en su red de apoyo (Huerta et al. 2014).

### 2.1.3 Violencia de género

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2019) explica que la violencia de género es todo acto que atenta contra la integridad física, sexual y psicológica del ser humano así también la coacción y privación de la libertad.

Por su parte, para Peña et al. (2017) es un patrón habitual que se construye por estereotipos al considerar este tipo de violencia como un medio de ejercer poder y control sobre las mujeres a través del daño físico y psicológico.

A su vez, Molina (2015) explican que es una conducta caracterizada por la desigualdad, discriminación y relación de poder por parte del sexo masculino hacia las féminas que dan como resultado un daño.

Ariza (2017) es un comportamiento violento que atenta contra la seguridad de toda mujer, las cuales pueden llegar a desencadenar distintos problemas de salud y disminución en su capacidad de relacionarse con los demás.

Por otro lado, Corsi (2012) manifiesta que dicha problemática puede ser mejor comprendida bajo un modelo integrativo, es decir, la mujer, víctima de violencia se relaciona bajo diversos contextos como los culturales o ideológicos, ambientes comunitarios, las relaciones con su grupo de pares. Bajo esta premisa, se comprende que todo individuo pertenece a un sistema que se encuentra interrelacionado, es decir, influenciado mutuamente.

Fernández-Alonso (2003) señala que este tipo de violencia “hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluidas las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer”.

Mirat y Armendáriz (2006) la identifican como “cualquier acto de violencia sufrido por una mujer por su pertenencia al género femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico y que abarca el homicidio, las lesiones, las amenazas, las coacciones, la privación arbitraria de la libertad, la libertad sexual y los tratos degradantes, tanto en la vida pública como en la privada”.

A la vez Moreno (2008) la define como “la violencia que los hombres ejercen contra las mujeres basándose en la ideología del patriarcado o del machismo” (p. 49) representada por la dominación legítima masculina sobre la mujer y situándolas en una posición familiar, social y laboral secundaria (Alberdi y Rojas Marcos, 2005).

De acuerdo a la Guía de Violencia basada de Genero del MIMP (2016), la violencia de genero se define como Cualquier acción o conducta, basada en el género y agravada por la discriminación proveniente de la coexistencia de diversas identidades (raza, clase, identidad sexual, edad, pertenencia étnica, entre otras), que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una persona, tanto en el ámbito público como en el privado. Se trata de aquella violencia que ocurre en un contexto de discriminación sistemática contra la mujer y contra aquellos que confrontan el sistema de género, sea al interior de las familias o fuera de ellas, al margen de su sexo, que no se refiere a casos aislados, esporádicos o episódicos de violencia, sino que están referidos al sistema de género imperante, que remite a una situación estructural y a un fenómeno social y cultural enraizado en las costumbres y mentalidades de todas las sociedades y que se 8 apoya en concepciones referentes a la inferioridad y subordinación de las mujeres y la supremacía y poder de los varones .

### **2.1.3.1. Teorías explicativas**

#### **Teoría Ecológica**

La violencia de género a lo largo de los años ha experimentado una variedad de cambios, de ésta manera se explica la heterogeneidad, puesto que para algunas culturas este tipo de comportamiento es aceptado, ello considera que el contexto en donde se desenvuelve la persona influye significativamente en la presencia o rechazo de dicho comportamiento (Llopis, 2017).

Bronfenbrenner (1979) en su libro “Ecología del desarrollo humano” explica que el ser humano desde su niñez aprende a relacionarse en distintos sistemas como la familia, la escuela, el barrio, entre otros, y en cada uno de ellos experimenta distintas actividades que le permite la interacción con la sociedad.

Para una mejor comprensión, Heise (1998) explica que los motivos para desencadenar la violencia de género son diversas e incluye factores psicológicos, culturales y sociales explicados a través de distintos niveles:

Nivel Individual, características propias que tiene el individuo que influyen en la relación de pareja, estas aumentan o minimizan la posibilidad de ser víctima o agresor.

Microsistema, supone relación directa con el sistema familiar, que en ocasiones fomenta el machismo causa principal de la violencia de género. Éste tipo de familias utilizan distintas estrategias violentas a fin de encontrar solución a los conflictos (Bronfenbrenner, 1979).

Exosistema, sistemas formales como instituciones y sistemas informales como el barrio que incrementan dicha problemática (Heise, 1998).

Macrosistema, sistema de creencias y valores que la sociedad impone, en ocasiones, la conducta violenta es vista como un comportamiento “normal” (Bronfenbrenner, 1979).

## **Teoría Biológica**

Ramírez (2000) través de este postulado teórico, señala que el ser humano emite en ocasiones este tipo de respuestas como una forma de afrontar las adversidades y en relación a dicha problemática, es el hombre, quien tiende a presentar mayor conducta violenta debido a una carga genética.

Bajo esta premisa, Llorens (2014) sostiene también que toda conducta violenta puede verse originada a causa de una lesión en el lóbulo frontal, encargado de regular el sistema emocional, por otro lado, elevados índices de testosterona asociadas con la agresión pueden desencadenar en comportamientos hostiles dificultando la relación de pareja.

A pesar de que la conducta violenta es influenciada por distintos contextos así como la cultura, en ocasiones, esta problemática es vista como un medio de supervivencia, ya que, no es percibida como una acción que busca hacer daño, más bien, como respuesta frente a situaciones percibidas como amenazantes (Matute, 2010).

## **Teoría del Aprendizaje social**

Bandura (1985) en su teoría de aprendizaje social afirma que maltratar a las mujeres es una conducta aprendida que se adquiere a través de un modelo. Esta teoría establece la correlación entre una historia de violencia familiar y el convertirse en víctima o agresor en el futuro. Estas teorías del aprendizaje social afirman que los comportamientos violentos pueden aprenderse por imitación u observación de la conducta de modelos violentos y desarrollarse/mantenerse por aprendizaje operante y procesos cognitivos.

Da importancia a aspectos tales como el aprendizaje observacional, el reforzamiento de la violencia y la generalización de la violencia. En este modelo desempeñan también papel importante como estimulador, inhibidor o mantenedores los factores situacionales (ej. Personas presentes, lugares, etc.) y los factores cognitivos (ej., capacidad de anticipar consecuencias, de interpretación de intenciones, de búsqueda de alternativas, etc.). (Bandura 1985).

### 2.1.3.2 Tipos de violencia

Los tipos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar según la ley 30364, son:

- a) **Violencia física:** Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación” (artículo 8 Ley 30364, inciso a). Este tipo de violencia es la más denunciada, precisamente por ser la más visible.
- b) **Violencia psicológica:** Es definida en la Ley N° 30364 como “la acción o conducta tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. Daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo” (artículo 8 Ley 30364, inciso b).
- c) **Violencia sexual:** En la Ley 30364, se señala que la violencia sexual se refiere a “acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, artículo 8, inciso c.
- d) **Violencia económica:** “Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de: la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; la pérdida,

sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna, así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias; la limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menos por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo” (artículo 8, inciso d de la Ley 30364).

### **2.1.3.3 El ciclo de la violencia**

Walker (1979) descubrió, después de entrevistar a un gran número de parejas sobre sus relaciones, que suele darse un ciclo de violencia típico que cada pareja experimenta a su manera. Este ciclo consta de tres fases bien diferenciadas:

- a) **Fase Acumulación de tensión:** Pequeños episodios de violencia verbal van escalando hasta alcanzar un estado de tensión máxima. Esta fase puede durar desde días hasta años. A menudo el ciclo no pasa nunca de esta fase y se caracteriza por una guerra de desgaste con altibajos motivados por pequeñas treguas, pero sin pasar nunca a la violencia física.
- b) **Fase de descarga de la violencia física** El episodio cesa porque el hombre, una vez desahogada la tensión se da cuenta de lo que ha hecho o porque después de conseguido su propósito de controlar la situación decide parar. En ocasiones la mujer necesita ser atendida o huye, a veces intervienen otros familiares o vecinos. Cuando ha pasado el ataque se suele dar al principio un periodo de shock, que incluye la negación, justificación o racionalización de los hechos, no solo por parte del hombre sino a veces también por parte de la mujer.
- c) **Fase de arrepentimiento:** Es esta una fase bienvenida por parte de ambos, pero es el momento en que la victimización se completa. El hombre pide perdón (al principio)

y promete no volver a hacerlo. La mujer a menudo perdona porque quiere creer que nunca más ocurrirá un episodio parecido, aunque en el fondo se crea un temor que mediatiza la relación. Esta fase se ira diluyendo gradualmente y la tensión se ira incrementando lentamente para volver a la primera fase.

#### **2.1.3.4 Consecuencias de la violencia familiar**

Las consecuencias de la violencia familiar se expresan habitualmente en forma de los siguientes síntomas (Echeburúa y Corral, 1995):

**a). Conductas de ansiedad extrema.** Son fruto de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal. La violencia repetida e intermitente, entremezclada con períodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes. Precisamente por esta ambivalencia del agresor el maltrato es una conducta que no suele denunciarse. Y si se denuncia, no es nada extraño que la víctima perdone al supuesto agresor antes de que el sistema penal sea capaz de actuar. (Echeburúa y Corral, 1995):

**b. Depresión y pérdida de autoestima, así como sentimientos de culpabilidad.** Los síntomas de depresión, como la apatía, la indefensión, la pérdida de esperanza y la sensación de culpabilidad, contribuyen a hacer aún más difícil la decisión de buscar ayuda o de adoptar medidas adecuadas. La depresión está muy relacionada con el déficit de autoestima y la falta gradual de implicación en actividades lúdicas. Más en concreto, la indefensión nace de la incapacidad para predecir o controlar la violencia dirigida contra la víctima. (Echeburúa y Corral, 1995):

Los sentimientos de culpa están relacionados con las conductas que la víctima ha realizado para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, consentir en el maltrato a los hijos, no educarles adecuadamente, etc. Casi la mitad de las mujeres se atribuyen a sí mismas la culpa de lo que les

ocurre pensando erróneamente, como consecuencia de un estereotipo social, que qui-zás «ellas se lo han buscado».(Echeburúa y Corral, 1995):

**c. Aislamiento social y dependencia emocional del hombre dominante.** La vergüenza social experimentada puede llevar a la ocultación de lo ocurrido y contribuye a una mayor dependencia del agresor, quien, a su vez, experimenta un aumento del dominio a medida que se percata del mayor aislamiento de la víctima.

Todos los síntomas descritos, vividos en el marco de una violencia repetida, configuran una variante del trastorno de estrés postraumático. Los síntomas están relacionados con el trauma ya vivido o con el temor a sufrir nuevos episodios de violencia. Las mujeres pueden separarse, pero no les resulta fácil evitar el contacto con el maltratador, especialmente cuando hay niños implicados. Por ello, el trastorno de estrés postraumático no se reduce si persiste el peligro de ser golpeadas de nuevo. (Echeburúa y Corral, 1995):

**2.1.3.5 Centro Emergencia Mujer en Comisaria:** Los Centros de Emergencia Mujer son servicios públicos especializados, interdisciplinarios, ininterrumpido y gratuito, que brindan atención integral para contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual a partir de la concentración de instancias gubernamentales en un mismo espacio físico, a fin de brindar una atención interinstitucional, secuencial y coordinada. La atención es desarrollada articuladamente entre el centro Emergencia Mujer; a través de los servicios de psicología, social, legal y de promoción, y la Policía Nacional del Perú a través de las Comisarias Especializadas en materia de Protección contra la Violencia Familiar y las Secciones de Orden y Seguridad Policial e Investigación Policial de las Comisarias, en la recepción y registro de la denuncia, la investigación y acciones concernientes al cumplimiento de las medidas de protección. (Ministerio de la Mujer y Ministerio del Interior, 2018).

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La investigación empleada en la presente investigación es de tipo descriptivo –correlacional porque se describirá y relacionará los Síntomas Psicopatológicos y la Inadaptación en víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer Comisaria San Martín de Porres, así mismo vamos a relacionar los Síntomas Psicopatológicos y la Inadaptación con los datos sociodemográficos como estado civil, nivel de riesgo y tipo de violencia. (Hernández, et. al. 2014)

El diseño de esta investigación es no experimental; ya que no se va manipular las variables para el estudio. Del mismo modo, la investigación es transversal, de tipo descriptivo, es decir los datos fueron recolectados en un solo momento y los objetivos fueron describir las variables (Hernández, et. al. 2014).

#### **3.2 Ámbito Temporal y Espacial**

Ámbito temporal: El desarrollo de esta propuesta investigativa se llevó a cabo desde el mes de enero a julio del 2019.

Ámbito espacial: Esta investigación se desarrolló en el Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres, del Distrito de San Martín de Porres del Departamento de Lima.

#### **3.3 Variables**

**Variable: Síntomas Psicopatológicos**

**Definición Conceptual:**

Los síntomas psicopatológicos se refieren a la presencia de síntomas y/o signos que afectan el estado mental de la víctima que está expuesta a episodios reiterados de violencia por su pareja, afectando varias áreas de su vida, esto se detecta durante la entrevista y la observación

Cuadro 1

*Operacionalización de la variable Síntomas Psicopatológicos:*

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Índices</b>
Síntomas psicopatológicos	Somatizaciones	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58	Nada Muy poco Poco Bastante Mucho
	Obsesiones y compulsiones	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65	
	Sensitividad interpersonal	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73	
	Depresión	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79	
	Ansiedad	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86	
	Hostilidad	11, 14, 63, 67, 74, 81	
	Ansiedad fóbica	13, 25, 47, 50, 75, 82	
	Ideación Paranoide	8, 18, 43, 68, 76, 83	
	Psicoticismo	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90	

**Variable: Inadaptación**

**Definición Conceptual:**

La inadaptación es considerada como el desajuste en la salud mental, que produce un determinado trastorno en la vida cotidiana, refleja en qué medida los problemas psicológicos de los pacientes afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.

Cuadro 2

*Operacionalización de la variable Inadaptación*

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Índices</b>
Inadaptación	Trabajo/estudio	1	Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
	Vida social	2	
	Tiempo libre	3	
	Relación de pareja	4	
	Vida familiar	5	
	Escala global	6	

Variables de Control:

- Estado civil
- Nivel de riesgo
- Tipo de violencia

### 3.4 Población Y Muestra

#### 3.4.1 Población

La Población es de 309 mujeres víctimas de violencia de género del Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres.

#### 3.4.2 Muestra

Se evaluó a 60 mujeres víctimas de violencia de género que acudieron al Centro Emergencia Mujer en Comisaria San Martín de Porres que asistieron durante los meses de enero a julio 2019, cuyo nivel de riesgo es leve, moderado y severo según la ficha de valoración de riesgo de la Policía Nacional del Perú, edades de 17 a 65 años, grado de instrucción secundaria incompleta a superior completa.

**Criterios de inclusión:**

- Edades comprendidas entre 17 y 65 años
- Grado de instrucción primaria incompleta a superior completa
- Violencia sufrida física, psicológica y económica.
- No contar con diagnóstico de enfermedad mental (esquizofrenia, trastorno mental orgánico, trastorno de ideas delirantes, etc.)
- Ausencia de tratamiento psiquiátrico

**Criterios de exclusión:**

- Edades menores de 17 años y mayores de 65 años.
- Sin instrucción
- Contar con diagnóstico de enfermedad mental.
- Presencia de tratamiento psiquiátrico

**3.5 Instrumentos****3.5.1 Inventario de Síntomas SCL-90**

Creada por R. Derogatis, consta de 90 ítems fue creada en Minnesota, EEUU, luego fue adaptado al español por Gonzales de Rivera, Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, su tipo de respuesta es: Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho, el tiempo de aplicación es entre 12 a 15 minutos, las edades que se puede evaluar es desde los 13 años hasta los 65 años, de manera individual, la prueba consta de 9 dimensiones sintomáticas de psicopatología y 3 índices globales de malestar. Asimismo, consta de baremos en centiles y puntuaciones T de población general no clínica.

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales

de malestar psicológico: 1) Somatizaciones (SOM) ,2) Obsesiones y compulsiones (OBS), 3) Sensitividad interpersonal (SI), 4) Depresión (DEP) ,5) Ansiedad (ANS) ,6) Hostilidad (HOS), 7) Ansiedad fóbica (FOB), 8) Ideación paranoide (PAR), 9) Psicoticismo (PSIC).

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados: Índice global de severidad (IGS),Índice positivo de Malestar (PSDI),Total de síntomas positivos (TP)

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta. En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90.

Las nueve dimensiones de síntomas se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

*Somatizaciones:* Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

*Obsesiones Y Compulsiones:* Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

*Sensitividad Interpersonal:* Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

*Depresión:* Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

*Ansiedad:* Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

*Hostilidad:* Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

*Ansiedad Fóbica:* Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo ( a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

*Ideación Paranoide:* Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

*Psicoticismo:* Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

*Ítems Adicionales.*

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica: 19: Poco apetito,44: Problemas para dormir ,59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir, 60: Comer en exceso ,64: Despertarse muy temprano,66: Sueño intranquilo, 89: Sentimientos de culpa.

*Índices Globales.*

1) Índice de Severidad Global: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

2) Total de síntomas positivos (STP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

### **Confiabilidad**

En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, la confiabilidad resultó muy adecuada tanto en el total del Listado, con una consistencia interna de 0.97, como en cada una de sus dimensiones con valores que han oscilado entre 0.76 y 0.87, resultados equiparables a los aportados por otros trabajos (González de Rivera et al., 2002; Hafkenscheid, 1993; Torres et al., 2000).

## Validez

La validez fue determinada mediante el análisis factorial con rotación ortogonal varimax y rotación de tipo procrusters; obteniéndose una estructura factorial comparable a las demostradas por Derogatis en 1983, con valores que van de 0.30 a 0.75 en rotación varimax y 0.30 a 0.77 en rotación procusters. Gonzales, et al. (2002), señala que existen otros estudios que refuerzan la validez del SCL-90-R, donde se observa que existe relación entre el perfil de las dimensiones sintomáticas y el grupo diagnóstico de la muestra clínica, por ejemplo en las puntuaciones más altas para las muestras psiquiátricas y en el tipo de perfil sindrómico obtenido en las categorías diagnósticas F2 (esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes), F3 (trastornos afectivos y del estado de ánimo), F4 (trastornos neuróticos, de estrés y de somatización) y F6 (anomalías de la personalidad y del comportamiento en la vida adulta). Ygnatiev et al. (2016), analizó las propiedades psicométricas del SCL-90-R en internos de Chile, obteniendo una confiabilidad alta mediante el alfa de Cronbach en las dimensiones sintomáticas ( $\alpha=0.76-0.89$ ) y para la escala global ( $\alpha=0.97$ ). La validez fue examinada mediante la validez de constructo y la validez de criterio. En la validez de constructo se empleó el análisis factorial mediante Componentes Principales y el Análisis Confirmatorio; para la validez de criterio se empleó el análisis de curvas ROC para comparar los puntajes con los diagnósticos establecidos usando entrevistas clínicas estructuradas, encontrando una precisión del SCL-90 para identificar desórdenes mentales severos. Esteban et al. (2007), realizaron un análisis de la fiabilidad en una muestra de 277 internos de diez establecimientos penitenciarios de Lima y el Callao. Utilizaron un muestreo simple asignándose el número de participantes de manera proporcional a la población de cada establecimiento penitenciario. Se empleó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo coeficientes entre los rangos 0.83 y 0.63 el más bajo.

Con respecto a la validez de la prueba, estas autoras realizaron el análisis factorial exploratorio de la estructura factorial de SCL-90-R mediante el método de Componentes Principales,

encontrándose la existencia de 17 dimensiones que explicaban el 61.45% de la varianza de la prueba.

### **3.5.2 Escala de Inadaptación**

El instrumento evalúa el grado en que la violencia familiar afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana creado por Echeburúa y Coral autor de la prueba que consta de 6 Ítems, su tipo de respuesta corresponde: Nada, Casi nada, Poco, Bastante, Mucho, Muchísimo, su tiempo de aplicación es Ilimitado, se puede aplicar para todas las edades de forma Individual.

Es un autoinforme que consta de 6 ítem (rango: 0-30 puntos) y evalúa el grado en que el maltrato doméstico afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. El punto de corte es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En esta investigación se ha utilizado el ítem que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana, con un rango que oscila de 0 a 5 puntos.

#### **Validez:**

Para la validez, se utilizó la validez concurrente bajo el supuesto que esta variable va asociada a los síntomas del trastorno del estrés postraumático, encontrando coeficientes significativos.

#### **Confiabilidad**

Revisando la confiabilidad de la Escala de Inadaptación se encontró un coeficiente de 0.917, por tanto, se recomienda su uso para el estudio de esta variable. Niveles altos similares a lo observado por sus autores (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000)).

### **3.6 PROCEDIMIENTOS**

Se revisó los instrumentos aplicados en la presente investigación, se procedió a realizar el proyecto y determinar la muestra para posteriormente aplicar las escalas. Posteriormente se construyó la base de datos en Excel y SPSS para realizar los análisis estadísticos pertinentes según los objetivos de la investigación, se discutieron los resultados contrastándolos con otros estudios y finalmente se realizó el reporte final de la tesis

### **3.7 ANÁLISIS DE DATOS**

Para realizar los análisis de datos y responder a los objetivos, en primer lugar se realizó el análisis de prueba de bondad de ajustes con la prueba de Kolmogorov - Smirnov para determinar si existía distribución normal de las variables, y de esa manera, tomar la decisión que estadísticos hacer uso. Según los resultados se encontró que todas las variables presentaron distribución normal por lo que se decidió a usar estadística paramétrica para responder a los objetivos de la investigación. Ver tabla 1

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

*Bondad de Ajuste para Síntomas Psicopatológicos e Inadaptación n=60*

Síntomas Psicopatológicos	Media	DS	K-S	p
Inadaptación	17,02	7,196	0,094	,200
Somatizaciones	17,50	9,668	0,079	,200
Obsesiones y Compulsiones	15,05	6,868	0,101	,200
Sensitividad Interpersonal	10,55	5,904	0,096	,200
Depresión	20,95	10,617	0,123	,065
Ansiedad	14,12	7,620	0,089	,200
<b>Hostilidad</b>	<b>5,12</b>	<b>3,508</b>	<b>0,163</b>	<b>,000</b>
Ansiedad Fóbica	7,46	5,764	0,116	,078
Ideación Paranoide	8,20	4,977	0,112	,059
Psicoticismo	8,77	6,796	0,119	,055

En la tabla 1 se aprecia los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov que indican que las variables inadaptación y 8 de los 9 síntomas psicopatológicos presentan distribución normal ( $p > .05$ ) por lo que se usó estadística paramétrica para los análisis inferenciales para responder a los objetivos de la investigación; con excepción del síntoma de hostilidad ( $p < 0,05$ ), que fue evaluado con pruebas no paramétricas.

**Tabla 2**

*Correlación entre Síntomas psicopatológicos e Inadaptación en víctimas de violencia de género del CEM Comisaria San Martín de Porres (n=60), con la prueba de Spearman*

Síntomas Psicopatológicos	Inadaptación	
	rho	p
Hostilidad	,370**	0,004

p<0,05

En la Tabla 2, se aprecia una relación moderada y altamente significativa entre el síntoma psicopatológico de hostilidad y la inadaptación, con puntaje rho de 0,370 y p<0,05, en las mujeres víctimas de violencia de género, esto significa que el estado psicológico de las mujeres que son víctimas de violencia de género se verá alterada no solamente por presentar síntomas de hostilidad que está relacionado a impulsos negativos no canalizados, sino también se dará una inadaptación a su vida cotidiana que le impedirá y la limitará en su vida laboral, académica, social, familiar y de pareja.

**Tabla 3**

*Correlación entre Síntomas psicopatológicos e Inadaptación en víctimas de violencia de género del CEM Comisaria San Martín de Porres (n=60), con la prueba de Pearson*

Síntomas Psicopatológicos	Inadaptación	
	r	p
Somatizaciones	,410**	0,001
Obsesiones y Compulsiones	,461**	0,000
Sensitividad Interpersonal	,346**	0,007
Depresión	,546**	0,000
Ansiedad	,490**	0,000
Ansiedad Fóbica	,337**	0,009
Ideación Paranoide	,335**	0,009
Psicoticismo	,504**	0,000

p<0,05

En la Tabla 3, se aprecia una relación altamente significativa entre 8 de los 9 los síntomas psicopatológicos y la inadaptación, con puntuaciones r, de 0,504 a 0,335, y p< 0,05, en las mujeres víctimas de violencia de género, por lo que se puede afirmar que los síntomas psicopatológicos resultan interdependientes con la inadaptación, esto nos indica que la salud mental de la mujer que es víctima de violencia de género se ve agravada no solamente por la presencia de síntomas psicopatológicos como molestias corporales, pensamientos, impulsos y acciones que son absurdos e indeseados, sentimientos de interacción inadecuada y de inferioridad, falta de interés, anhedonia, desesperanza, ideas autodestructivas, nerviosismo, intranquilidad, tensión, temblores, miedo persistente, irracional y desproporcionado a una persona, animal, lugar, objeto o situación, en las que se darán conductas evitativas y de huida, suspicacia, ideación delirante, miedo a la pérdida de autonomía, y conductas psicóticas, sino que además de ello trae como consecuencia una inadaptación a su vida cotidiana, obstaculizando y limitando su vida afectiva, familiar, social, tiempo libre, laboral o académica.

**Tabla 4**

*Niveles de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martín de Porres (n=60)*

<b>Síntomas Psicopatológicos</b>	<b>Nivel</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Índice de Severidad Global	Normal	49	81,7
	Síntomas relevantes	10	16,7
	Patología Severa	1	1,7
Somatizaciones	Normal	53	88,3
	Síntomas relevantes	7	11,7
Obsesiones y Compulsiones	Normal	53	88,3
	Síntomas relevantes	5	8,3
	Patología Severa	2	3,3
Sensitividad Interpersonal	Normal	53	88,3
	Síntomas relevantes	7	11,7
Depresión	Normal	52	86,7
	Síntomas relevantes	8	13,3
Ansiedad	Normal	52	86,7
	Síntomas relevantes	7	11,7
	Patología Severa	1	1,7
Hostilidad	Normal	52	86,7
	Síntomas relevantes	6	10,0
	Patología Severa	2	3,3
Ansiedad Fóbica	Normal	54	90,0
	Síntomas relevantes	5	8,3
	Patología Severa	1	1,7
Ideación Paranoide	Normal	52	86,7
	Síntomas relevantes	7	11,7
	Patología Severa	1	1,7
Psicoticismo	Normal	53	88,3
	Síntomas relevantes	5	8,3
	Patología Severa	2	3,3

En la Tabla 4, podemos apreciar el **ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL**, notamos que el 81,7% de las mujeres presentan sintomatología normal esperada, es decir no presentan sintomatología severa, lo cual significa el cuidado con el cual las personas resolvieron la escala ya que se encontraban en un proceso de denuncia; un 16,7% presentan síntomas relevantes es decir requieren atención y posible tratamiento y tan solo el 1,7% presenta patología severa que requiere tratamiento obligatorio.

Respecto a las DIMENSIONES SINTOMÁTICAS PSICOPATOLÓGICAS, notamos que los síntomas relevantes que presentan las víctimas de violencia de género son: depresión (13.3%); somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad e ideación paranoide (11.7%); hostilidad (10%); obsesión y compulsión, ansiedad fóbica, y psicoticismo (8.3%), los cuales requieren atención y posible tratamiento. En cuanto a las patologías severas se aprecia que el 3,3% presenta síntomas severos de obsesión y compulsión, hostilidad y psicoticismo; asimismo el 1,7% presenta patología severa en ansiedad, ideación paranoide y ansiedad fóbica respectivamente, los cuales si requieren tratamiento obligatorio.

**Tabla 5**

*Niveles de adaptación e inadaptación en víctimas de violencia de género del  
CEM Comisaria San Martín de Porres (n=60)*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Adaptación	11	18,3
Inadaptación	49	81,7
Total	60	100,0

En la tabla 5, se aprecia que el 81,7% de las mujeres que son víctimas de violencia de género presentan inadaptación a la vida cotidiana tanto a nivel global como en las áreas más concretas (trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar) lo cual nos va a permitir cuantificar la severidad de la interferencia negativa de un trastorno o muchos trastornos en la vida cotidiana de las mismas, así como su evolución. A la vez el 18,3% de las mujeres víctimas de violencia de género presenta adaptación a la vida cotidiana lo cual nos indica que no presentan algún trastorno, sino que gozan de buena salud mental.

**Tabla 6**

Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género *del CEM - Comisaria San Martín de Porres*, con Kruskal-Wallis; según estado civil (n=60)

Síntomas psicopatológicos	Estado civil	n	Media	df	Media cuadrática	$\chi^2$	Sig.
Hostilidad	Soltera	8	35,44	3	327,252	4,635	,201
	Conviviente	21	28,62				
	Ex conviviente	23	26,96				
	Casada	8	40,69				

p<0,05

En la Tabla 6, el análisis comparativo con Kruskal-Wallis, según estado civil (solteras, convivientes, ex convivientes y casadas); no precisa diferencias significativas respecto a la variable hostilidad, con un valor  $\chi^2$  de 4,635 y  $p>0,05$ . Esto nos indica que el síntoma psicopatológico hostilidad se da de igual forma tanto en las víctimas que son solteras, como en las que conviven, en las que están casadas, y en las que son ex convivientes.

**Tabla 7**

Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género *del CEM - Comisaria San Martín de Porres*, con ANOVA – Entre grupos; según estado civil (n=60)

Síntomas psicopatológicos	Estado civil	n	Media	Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Somatización	Soltera	8	21,75	981,755	3	327,252	4,043	,011*
	Conviviente	21	15,00					
	Ex conviviente	23	15,30					
	Casada	8	26,13					
Obsesión y Compulsión	Soltera	8	17,75	146,671	3	48,890	1,039	,383
	Conviviente	21	13,90					
	Ex conviviente	23	14,30					
	Casada	8	17,50					
Sensitividad Interpersonal	Soltera	8	11,50	146,671	3	48,890	1,039	,383
	Conviviente	21	9,62					
	Ex conviviente	23	10,13					
	Casada	8	13,25					
Depresión	Soltera	8	22,75	1009,839	3	336,613	3,342	,026*
	Conviviente	21	19,90					
	Ex conviviente	23	17,91					
	Casada	8	30,63					
Ansiedad	Soltera	8	15,88	449,747	3	149,916	2,821	,047*
	Conviviente	21	12,38					
	Ex conviviente	23	12,87					
	Casada	8	20,50					
Ansiedad Fóbica	Soltera	8	7,00	24,160	3	8,053	,236	,871
	Conviviente	21	6,90					
	Ex conviviente	23	7,52					
	Casada	8	8,88					
Ideación Paranoide	Soltera	8	9,50	74,710	3	24,903	1,006	,397
	Conviviente	21	7,52					
	Ex conviviente	23	7,57					
	Casada	8	10,50					
Psicoticismo	Soltera	8	11,88	181,679	3	60,560	1,334	,273
	Conviviente	21	8,24					
	Ex conviviente	23	7,30					
	Casada	8	11,25					

\*p<0,05

En la Tabla 7, el análisis de varianza (ANOVA), según estado civil (solteras, convivientes, ex convivientes y casadas); no precisan diferencias significativas respecto a los síntomas psicopatológicos; lo cual significa que los síntomas psicopatológicos se da de manera compensada en aquellas víctimas que son solteras, en aquellas que conviven, en aquellas que son ex convivientes y en las casadas; Sin embargo se identifica diferencias significativas

respecto a los síntomas de somatización, depresión y ansiedad, con valores F de 4,043, 3,342 y 2,821, respectivamente; y un nivel de significación  $p < 0,05$  en la población soltera, esto nos indica que las mujeres que son solteras al estar expuestas a eventos de violencia de género desarrollaran síntomas somáticos, depresivos o ansiosos consistente en molestias corporales, estado de ánimo decaído, falta de interés, pérdida de energía, nerviosismo, intranquilidad y tensión, así como signos somáticos, y temblores.

**Tabla 8**

Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género *del CEM - Comisaria San Martín de Porres*, con Kruskal-Wallis; según nivel de riesgo (n=60)

Síntomas psicopatológicos	Nivel de riesgo	n	Media	df	Media cuadrática	$\chi^2$	Sig.
Hostilidad	Leve	11	31,64	3	5,00	,747	,688
	Moderado	19	34,39				
	Severo	30	27,62				

p<0,05

En la Tabla 8, el análisis comparativo con Kruskal-Wallis, según nivel de riesgo (leve, moderado y severo); no precisa diferencias significativas respecto a la variable hostilidad, con un valor  $\chi^2$  de ,747 y  $p>0,05$ .; es decir el nivel de riesgo no incide en el síntoma hostilidad, sino que la situación de violencia es la que determina y produce dicho síntoma.

**Tabla 9**

Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género *del CEM - Comisaria San Martín de Porres*, con ANOVA – Entre grupos; según nivel de riesgo (n=60)

Síntomas psicopatológicos	Nivel de riesgo	n	Media	Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Somatización	Leve	11	17,36	82,428	2	41,214	,432	,651
	Moderado	19	19,16					
	Severo	30	16,50					
Obsesión y Compulsión	Leve	11	14,55	4,256	2	2,128	,044	,957
	Moderado	19	15,00					
	Severo	30	15,27					
Sensitividad Interpersonal	Leve	11	10,91	8,827	2	4,413	,123	,885
	Moderado	19	10,95					
	Severo	30	10,17					
Depresión	Leve	11	18,91	78,790	2	39,395	,342	,712
	Moderado	19	22,26					
	Severo	30	20,87					
Ansiedad	Leve	11	12,91	22,369	2	11,184	,187	,830
	Moderado	19	14,68					
	Severo	30	14,20					
Ansiedad Fóbica	Leve	11	6,82	5,026	2	2,513	,074	,928
	Moderado	19	7,63					
	Severo	30	7,50					
Ideación Paranoide	Leve	11	7,45	24,383	2	12,192	,484	,619
	Moderado	19	9,11					
	Severo	30	7,90					
Psicoticismo	Leve	11	6,91	46,500	2	23,250	,495	,612
	Moderado	19	9,21					
	Severo	30	9,17					

\*p<0,05

En la Tabla 9, el análisis de varianza (ANOVA), según nivel de riesgo (leve, moderado y severo); no precisan diferencias significativas respecto a los síntomas psicopatológicos en víctimas de violencia de género; denotando valores F entre 0,74 a 1,020, y un nivel de significación  $p > 0,05$ , en todos los casos. Lo cual indica que los síntomas psicopatológicos se dan por igual en aquellas víctimas que tienen riesgo severo, en las que tienen riesgo moderado y en aquellas que tienen riesgo leve, es decir el nivel de riesgo no influye en el desarrollo de síntomas psicopatológicos, sino que es la violencia la que produce los trastornos psicopatológicos en la mujer.

**Tabla 10**

Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género *del CEM - Comisaria San Martín de Porres*, con Kruskal-Wallis; según tipo de violencia (n=60)

Síntomas psicopatológicos	Estado civil	n	Media	df	Media cuadrática	$\chi^2$	Sig.
Hostilidad	Psicológica	37	26,84	3	5,00	7,038	,0,03
	Física - psicológica	21	35,40				
	Económica	2	46,75				

p<0,05

En la Tabla 10, el análisis comparativo con Kruskal-Wallis, según tipo de violencia (psicológica, físico-psicológica y económica); se identifica diferencias significativas respecto a la variable hostilidad, con un valor  $\chi^2$  de 7,038 y p<0,05. Lo cual nos indica que el tipo de violencia de género incide en el síntomas de hostilidad en las mujeres que son víctimas.

**Tabla 11**

*Diferencias de los síntomas psicopatológicos en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martín de Porres según tipo de violencia (n=60)*

Síntomas psicopatológicos	Tipo de violencia	n	Media	Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Somatización	Psicológica	37	16,27	151,036	2	75,518	,802	,453
	Física - psicológica	21	19,33					
	Económica	2	21,00					
Obsesión y Compulsión	Psicológica	37	14,19	196,889	2	98,444	2,170	,124
	Física - psicológica	21	15,71					
	Económica	2	24,00					
Sensitividad Interpersonal	Psicológica	37	10,11	104,116	2	52,058	1,520	,228
	Física - psicológica	21	10,67					
	Económica	2	17,50					
Depresión	Psicológica	37	19,70	150,811	2	75,405	,661	,520
	Física - psicológica	21	22,90					
	Económica	2	23,50					
Ansiedad	Psicológica	37	13,89	24,878	2	12,439	,208	,812
	Física - psicológica	21	14,19					
	Económica	2	17,50					
Ansiedad Fóbica	Psicológica	37	7,27	2,334	2	1,167	,034	,966
	Física - psicológica	21	7,62					
	Económica	2	8,00					
Ideación Paranoide	Psicológica	37	7,81	17,639	2	8,819	,348	,707
	Física - psicológica	21	8,71					
	Económica	2	10,00					
Psicoticismo	Psicológica	37	8,46	58,306	2	29,153	,623	,540
	Física - psicológica	21	8,81					
	Económica	2	14,00					

\*p<0,05

En la Tabla 11, el análisis de varianza (ANOVA), según tipo de violencia (psicológica, físico-psicológica y económica); no precisan diferencias significativas respecto a los síntomas psicopatológicos en víctimas de violencia de género; denotando valores F entre 0,34 a 2,207, y un nivel de significación  $p > 0,05$ , en todos los casos. Esto quiere decir que aquellas mujeres que fueron víctimas de violencia física y psicológica presentan por igual síntomas psicopatológicos que aquellas que fueron víctimas solo de violencia psicológica o violencia económica, lo cual nos indica que cualquiera sea el tipo de violencia sufrida, las víctimas presentarán síntomas psicopatológicos.

**Tabla 12**

*Diferencias de la inadaptación en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martín de Porres según Estado Civil (n=60)*

	Estado civil	n	Media	Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Inadaptación	Soltera	8	20,63	243,262	3	81,087	1,615	,196
	Conviviente	21	15,48					
	Ex conviviente	23	16,13					
	Casada	8	20,00					

\*p<0,05

En la Tabla 12, el análisis de varianza (ANOVA), según estado civil (soltera, conviviente, ex conviviente y casada); no presenta diferencias significativas respecto a la variable inadaptación, en víctimas de violencia de género; con un valor F de 1,615, y un nivel de significación  $p > 0,05$ . Lo cual significa que la inadaptación a la vida cotidiana se da por igual en aquellas víctimas que son solteras, en aquellas que están conviviendo, en aquellas que son ex convivientes y en las víctimas que son casadas, es decir el estado civil no influye en la sintomatología de la inadaptación, sino es la situación de violencia la que agrava la salud mental de las mujeres que son víctimas produciendo en ellas consecuencias como la inadaptación a su vida cotidiana tanto en su vida social, familiar, laboral, académica, y de pareja.

**Tabla 13**

*Diferencias de la inadaptación en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martín de Porres según nivel de riesgo (n=60)*

	Nivel de riesgo	n	Media	Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Inadaptación	Leve	11	14,64	127,787	2	63,894	1,244	,296
	Moderado	19	16,26					
	Severo	30	18,37					

\*p<0,05

En la Tabla 13, el análisis de varianza (ANOVA), según nivel de riesgo (leve, moderado y severo); no presenta diferencias significativas respecto a la variable inadaptación, en víctimas de violencia de género; con un valor F de 1,244, y un nivel de significación  $p>0,05$ . Lo cual nos indica que el nivel de riesgo no incide en la inadaptación a la vida cotidiana, sino es la violencia sufrida la que produce y determina consecuencias como la inadaptación en el ámbito laboral, académico, social, familiar, tiempo libre y de pareja.

**Tabla 14**

*Diferencias de la inadaptación en víctima de violencia de género del CEM Comisaria San Martín de Porres según tipo de violencia (n=60)*

	Tipo de violencia	n	Media	Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Inadaptación	Psicológica	37	16,81	238,641	2	119,320	2,415	,098
	Física - psicológica	21	18,33					
	Económica	2	7,00					

\*p<0,05

En la Tabla 14, el análisis de varianza (ANOVA), según tipo de violencia (psicológica, físico-psicológica y económica); no presenta diferencias significativas respecto a la variable inadaptación, en víctimas de violencia de género; con un valor F de 2,415, y un nivel de significación  $p > 0,05$ . Esto quiere decir que la inadaptación a la vida cotidiana se da por igual en aquellas víctimas que sufren violencia física, en aquellas que sufren violencia psicológica y en aquellas que viven violencia económica respectivamente.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A pesar de los grandes esfuerzos del estado y la sociedad civil, la violencia de género se está incrementando cada año de manera significativa, es por eso que esta problemática es de suma preocupación.

La ONU señala que la violencia de género es un problema alarmante en el mundo, afirmando que un aproximado del 35% de mujeres alrededor del mundo durante el periodo 2017 a 2018 sufrió violencia, tanto a nivel físico como sexual, indicando que en algunos países llegan casi a afectar al 70% de mujeres, indicando que en muchas oportunidades el perpetrador de la violencia suele ser la pareja.

La presentación investigación tuvo como objetivo relacionar los síntomas psicopatológicos e inadaptación en mujeres víctimas de violencia de género atendidas en un Centro Emergencia Mujer de San Martín de Porras de Lima Metropolitana. Nuestros resultados señalan que existe relación altamente significativa entre 8 de los 9 síntomas psicopatológicos y la inadaptación siendo las evaluaciones  $r$ , de 0,504 a 0,335, esto quiere decir que a mayores síntomas psicopatológicos mayor será la inadaptación en las mujeres víctimas de violencia de género. Estos resultados confirman la hipótesis de investigación de relación entre los síntomas psicopatológicos y la inadaptación en las mujeres víctimas de violencia de género, los resultados son apoyados por Amor, Echeburua, De Corral, Sarasua y Zubizarreta (2001) quienes encontraron que las víctimas de violencia familiar presentan síntomas psicopatológicos como el trastorno de estrés postraumático, síntomas de ansiedad y de depresión, así como de baja autoestima y el síntoma clínico es una profunda inadaptación a la vida diaria y una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano. A la vez López y Ruiz (2016) encontraron presencia de síntomas para el trastorno de estrés postraumático en un 46% de los participantes, mientras que la inadaptabilidad esta presente en un 54% de los mismos.

Respecto a nuestros objetivos descriptivos, encontramos síntomas relevantes de depresión (13.3%); somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad e ideación paranoide (11.7%); hostilidad (10%); obsesión y compulsión, ansiedad fóbica, y psicoticismo (8.3%). En cuanto a las patologías severas se aprecia que el 3,3% presenta síntomas severos de obsesión y compulsión, hostilidad y psicoticismo; asimismo el 1,7% presenta patología severa en ansiedad, ideación paranoide y ansiedad fóbica respectivamente, Nuestros resultados se aproximan a los resultados reportados por Amor et al (2001) quienes señalaron que las víctimas de violencia familiar presentan un perfil psicopatológico caracterizado por presentar trastorno de estrés postraumático, síntomas de ansiedad, depresión y baja autoestima, por otro lado, Saavedra (2018) lo confirma en su estudio de esquemas socioemocionales y síntomas psicopatológicos depresivos en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja encontrando que a mayor inestabilidad mayores síntomas depresivos con una correlación significativa ( $p < 0.05$ ). así mismo Colque (2020) encontró que las víctimas de violencia por parte de su pareja presentan síntomas como la depresión ( $X=1,81$ ), la obsesión -compulsión ( $X=1,74$ ), la ansiedad ( $X=1,70$ ) y la somatización ( $X=1,69$ ), las mismas que son superiores a los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Alayo y Gómez (2020) encontraron que las sintomatologías que mas exteriorizan las mujeres víctimas son somatizaciones que incluye alteraciones musculares, respiratorias y gastrointestinales. También se caracterizan por presentar pensamientos y conductas obsesivas inadecuadas difíciles de evitar, generando intensa angustia. De igual forma evidencian sentimientos de inferioridad, timidez y vergüenza. También se encontraron síntomas depresivos caracterizados por falta de energía, desesperanza, desanimo, ideas destructivas. De igual forma manifiestan estados de irritabilidad, agresividad y resentimiento. De igual manera muestran síntomas de ansiedad fóbica como miedos persistentes e irracionales generalmente a una situación, persona u objeto. También presentan sintomatología de conductas paranoides tales como pensamientos de suspicacia, ideación delirante.

En relación a la inadaptación encontramos que tan solo el 18,3% de las mujeres víctimas de violencia de género presenta adaptación y el 81,7% inadaptación. Estos resultados coinciden con Amor et al (2001) el hallazgo de síntomas psicopatológicos son el resultado de una profunda inadaptación a la vida diaria y una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano. A la vez Ocampo (2015) encontró que el 40% de evaluados señalaron bajos niveles de autoestima, así también un 82% de los participantes mostró niveles altos de inadaptación, concluyendo que las personas que sufren de maltrato por parte de la pareja suelen manifestar baja autoestima y altos niveles de inadaptación.

Al comparar los síntomas psicopatológicos en las mujeres víctimas de violencia de género con algunas variables sociodemográficas como estado civil, tipo de violencia y nivel de riesgo nuestros resultados señalan que no precisan diferencias significativas. respecto al síntoma de hostilidad de 4,635 y  $p > 0,05$  según estos criterios de comparación, lo que significa que las consecuencias psicopatológicas es por igual en todas las mujeres víctimas de violencia de género y que el estado civil excepto en la sintomatología de hostilidad, así mismo se encontró diferencias significativas respecto a la sintomatología de somatización, depresión y ansiedad, con valores respectivos de F igual 4,043, 3,342 y 2,821, al nivel de significativo  $p < 0,05$  en la población de solteras.

De la misma forma podemos señalar que la inadaptación se da por igual independientemente del tipo de violencia que hayan sufrido con un valor F de 2,415, y un nivel de significación  $p > 0,05$ ., el nivel de riesgo que se haya obtenido en la ficha de valoración de riesgo con un valor F de 1,244, y un nivel de significación  $p > 0,05$ . y el estado civil (soltera, casadas o divorciadas) que presenten con un valor F de 1,615, y un nivel de significación  $p > 0,05$ .

Si bien la muestra pequeña y seleccionada fue intencional y que nuestros resultados no pueden generalizarse que podría ser una limitante, pero confirmamos que existe relación

entre los problemas psicopatológicos e inadaptación en las mujeres víctimas de violencia de género.

Y por último, nos nuestros resultados siguen evidenciando las consecuencias psicopatológicas de la violencia de género, así como, la inadaptación que sufren las mujeres víctimas de violencia de género, por lo que la intervención psicológica es indispensable y primordial a la hora de atender a esta población y mantener esta atención y apoyo en todo el proceso de recuperación en las que puedan insertarse las mujeres víctimas de violencia de género con objetivos a mediano y largo plazo de tener estabilidad emocional y empoderarse socialmente.

## VI. CONCLUSIONES

1. Se encontró relación moderada y altamente significativa entre los síntomas psicopatológicos y la inadaptación, lo que significa que a mayores síntomas psicopatológicos mayor es la inadaptación en las mujeres víctimas de violencia de género.
2. Existe mayor prevalencia de sintomatología normal esperada, seguida de síntomas relevantes y en menor patología severa como obsesión y compulsión, hostilidad, psicoticismo, ansiedad, ideación paranoide y ansiedad fóbica.
3. La mayoría de las víctimas de violencia de género presentan inadaptación.
4. El síntoma psicopatológico hostilidad en relación con el estado civil, tipo de violencia y nivel de riesgo, no evidencia diferencias significativas.
5. Se ha encontrado diferencias significativas respecto a los síntomas de somatización, depresión y ansiedad según estado civil de la población soltera.
6. De los resultados obtenidos no encontramos diferencias significativas entre los síntomas psicopatológicos de somatización, obsesión y compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo con el nivel de riesgo y el tipo de violencia.
7. En relación con la variable inadaptación con el estado civil, nivel riesgo y tipo de violencia, no se encontró diferencias significativas.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Implementar Programas de Intervención para víctimas de violencia de género que presenten síntomas psicopatológicos e inadaptación, con la finalidad que les permita la facilitación de la expresión de emociones, la reevaluación cognitiva de los sesgos presentados y la enseñanza de habilidades de afrontamiento.
2. Replicar esta investigación ampliando la muestra de la población en víctimas de violencia de género y a la vez realizarlo en otros contextos o regiones para contrastar los resultados.
3. Propiciar programas de prevención y promoción a nivel social que permita tomar conciencia a la población y diversas instituciones públicas y privadas para reducir la alta incidencia de la violencia contra la mujer.
4. Incentivar a los futuros profesionales y profesionales a continuar con realizar trabajos de investigación en víctimas de violencia de género, así como agresores con la finalidad de elaborar programas de tratamiento más efectivos y así reducir la violencia.

## VII. REFERENCIAS

- Aguirre, L., Venera, N., y Ariza, X. (2018). Síntomas Psicopatológicos y de Estrés Postraumático en mujeres víctimas por desplazamiento forzado. (Tesis). Recuperado de: [http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/7237/1/S%C3%ADntomas%20psicopatol%C3%B3gicos%20y%20de%20estr%C3%A9s\\_Liceth%20Aguirre%20A\\_2018.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/7237/1/S%C3%ADntomas%20psicopatol%C3%B3gicos%20y%20de%20estr%C3%A9s_Liceth%20Aguirre%20A_2018.pdf)
- Alayo, V. y Gómez, R. (2020). *Síntomas Psicopatológicos en mujeres víctimas de violencia* (Tesis de licenciatura) recuperado de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/45971>
- Ariza, C. (2017). *Violencia contra la mujer y actitud machista en los casos atendidos en el Ministerio Público de la provincia de Huaraz, Ancash 2017* (Tesis de licenciatura). Recuperado de [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11938/ariza\\_zc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11938/ariza_zc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual de Diagnostico Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta ed.). Washington, D.C. APA.
- Barraca, J. y Artola, T. (2006). La inadaptación social desde un enfoque operativo. *Edupsykhé*, 58(1), 53-72. Recuperado de <http://jorgebarraca.com/wp-content/uploads/La-inadaptacion-social-desde-un-enfoque-operativo.pdf>
- Blazquez, M. y Moreno, J. (2008). *Maltrato psicológico en la pareja, prevención y educación emocional*. Madrid: Editorial EOS
- Bravo, R. y Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). *Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: Un estudio comparativo*. *Adicciones*, 19(4), 373-382.

- Bandura, A. (1985). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa Universitaria.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Carranza, M. (1 de diciembre de 2016). Las aportaciones de Hull y Tolman [Mensaje en un Blog]. Psicología II. Recuperado de <http://psicologiallmaru.blogspot.com/2016/12/las-aportaciones-de-hull-y-tolman.html>
- Casullo, M. (2004). *El Inventario de Síntomas SCL-90R de L*. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Casullo, M. y Castro, A. (2002). *Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7(2), 129-140. Recuperado de [http://aepcp.net/arc/05.2002\(2\).Casullo-Castro.pdf](http://aepcp.net/arc/05.2002(2).Casullo-Castro.pdf)
- Casullo, M. y Fernández, M. (2001). *Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes argentinos*. *Psykhi*, 10(1), 155-162. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/405/385>
- Chacaltana, B. (2017). *Síntomas psicopatológicos y la relación madre-hijo en internas de establecimientos penitenciarios de Lima* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3267>
- Colque (2020). *Consecuencias Psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja*. Recuperado de <https://revistas.umch.edu.pe/EducaUMCH/article/view/129>
- Corsi, J. (2012). *La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo*. Recuperado de [http://www.berdingune.euskadi.eus/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es\\_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujerescomoproblemasocial.pdf](http://www.berdingune.euskadi.eus/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujerescomoproblemasocial.pdf)

Donate Beby, B. (2017). *Padres con tendencias al Paranoidismo y Rasgos Psicóticos en la Prole*. Universidad de la Laguna.

Domínguez, J., García, P. y Cuberos, I. (2008). *Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial*. *Anales de Psicología*, 24 (1), 115-120.

Echeburúa, E. y Corral P (1998). *Manuel de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo – conductual de hombres violentos en el hogar: Un estudio piloto. *Análisis y modificación de conducta*, 23(89). Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/27973/A14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fernández-Alonso. M (2003). *Violencia doméstica*. Grupo de salud mental del PAPPS de la semiFYC. Madrid. Ministerio de sanidad y consumo. Recuperado de [http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA\\_DOMESTICA.pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf)

García, L., Orellana, O., Pomalaya, R., Yanac, E., Orellana, D., Sotelo, L., Herrera, E., Sotelo, N., Chávez, H. y Fernández, P. (2011). Intimidación entre iguales (Bullying): Empatía e inadaptación social en participantes de bullying. *Revista IIPSI*, 14(2), 271-276. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/2097/181>

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A metaanalysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.

- González, J. y Cruzado, J. (2004). *Estrés y Psicopatología en población normal, trastornos médicos funcionales y enfermos psiquiátricos* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19972000/S/4/S4018301.pdf>
- Heise, L. (1998). Violencia contra la mujer. *Sage Journals*. Recuperado de <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/4/3/262>
- Huerta, R., Miljanovich, M., Pequeña, J., Campos, E., Santivañez, R., Aliaga, J., Medina, P., Pérez, P., Fernández, E., Uceda, J., Silva, A. y Vidal, R. (2014). Estrés post traumático e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la relación de pareja en función de la edad. *Revista IIPSI*, 7(2), 59-75.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *En el Perú 66 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez unidas fueron víctimas de violencia ejercida por su esposo o compañero*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n210-2018-inei.pdf>
- Kazdin, A. y Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Lorden, A y Isabel, A. (2017). Esquemas cognitivos disfuncionales, distorsiones cognitivas y agresión en jóvenes y adolescentes (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Llopis, C. (2017). *Conductas violentas, agresividad, impulsividad y rasgos clínicos de la personalidad en hombres valorados en unidades de valoración integral de violencia de género* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/67432/Tesis%20doctoral%20Celia%20Llopis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Llorens, A. (2014). *Cultura, familia y violencia de género: La perpetuación de la violencia contra las mujeres* (Tesis de maestría). Recuperado de [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/107358/TFM\\_Llorens\\_Agudo\\_antonio.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/107358/TFM_Llorens_Agudo_antonio.pdf?sequence=1)
- López, M. (27 de Enero de 2012). Teorías clásicas sobre la inadaptación [Mensaje en un Blog]. Recuperado de <http://mlhlopez13.blogspot.com/2012/01/teorias-clasicas-sobre-la-inadaptacion.html>
- Madariaga, G. y Martínez, M. (2017). *Síntomas psicopatológicos presentes en una muestra de mujeres condenadas en la cárcel san diego de la ciudad de Cartagena* (Tesis de maestría). Recuperado de [http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/4104/1/S%C3%ADntomas%20psicopatol%C3%B3gicos%20presentes\\_Andrea%20Gulfo\\_2017.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/4104/1/S%C3%ADntomas%20psicopatol%C3%B3gicos%20presentes_Andrea%20Gulfo_2017.pdf)
- Mansilla Izquierdo, F. (2011). Consecuencias del estrés de rol. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(225), 361-370. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000400010>
- Maraza, J. y Morocco, E. (2019). *Habilidades sociales y síntomas psicopatológicos en internos reclusos por homicidio calificado en el establecimiento penitenciario Juliaca 2019* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9144/PSmaqujb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mattos, Y., Montalvo, M., y Oviedo, A. (2016). Daños psicológicos en mujeres víctimas de violencia conyugal. (tesis de licenciatura). Recuperado de [http://www.bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3993/1/Da%C3%B1os%20psicol%C3%B3gicos%20mujeres\\_Yuris%20Mattos%20Q\\_2016.pdf](http://www.bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3993/1/Da%C3%B1os%20psicol%C3%B3gicos%20mujeres_Yuris%20Mattos%20Q_2016.pdf)
- Ministerio de Salud. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Ministerio de la Mujer (2016). Violencia basada en género. Recuperado de [https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/MIMP-violencia-basada\\_en\\_genero.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/MIMP-violencia-basada_en_genero.pdf)

Mirat, H., y Armendáriz, L. (2006). Violencia de género versus violencia doméstica: consecuencias político penales. Grupo Difusión.

Molina, A. (2015). *Vulnerabilidad y daño psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/26083267.pdf>

Moreno, F. (2008). La violencia en la pareja: de las desigualdades al abuso. En M. F, Nuevos escenarios de violencia.

Ocampo, L. (2015). Autoestima y adaptación en víctimas de maltrato psicológico por parte de la pareja. *Psicología desde el Caribe*, 32(1). Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5204/6838>

Organización de las Naciones Unidas para promover la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres. (2018). *Informe anual 2017-2018 de ONU Mujeres*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/-/media/annual%20report/attachments/sections/library/un-women-annual-report-2017-2018-es.pdf?la=es&vs=458>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Violencia contra la mujer. Recuperado de [https://www.who.int/topics/gender\\_based\\_violence/es/](https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/)

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional*  
Recuperado de [https://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&view=download&alia](https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alia)

s=1544-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci-1&category\_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364

- Ortiz-Tallo, M. (2013). *Psicopatología clínica adaptada al DSM – 5*. Recuperado de [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/LIBROPsicopatolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica-basada%20en%20DSM5.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROPsicopatolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica-basada%20en%20DSM5.pdf)
- Oscar, R. y Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-9 –R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775007.pdf>
- Paz, P., Labrador, F., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en psicología latinoamericana*, 22, 105-116. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1462>
- Peña, C., Vílches, L., Acho, G., Loredó, D., Ortiz, K. y Salazar, M. (2017). *Violencia contra la mujer en el distrito de Surco* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1080/Violencia%20contra%20la%20mujer%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Prieto, M. (2014). Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Revista de enfermería CyL*, 6(2), 93-97. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/122/103>
- Quijano, N. (2017). *Víctimas de abuso sexual y nivel de adaptación de las adolescentes, derivadas a la unidad de asistencia a víctimas y testigos de Leoncio Prado – 2017* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/2946>
- Ramírez, F. (2000). *Violencia masculina en el hogar*. México: Editorial Pax.

- Ramos, S. (2014). *El modelo bio-psico-social en la esquizofrenia: Implicaciones filosóficas y bioéticas* (Tesis doctoral). Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/60785/1/SRP\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/60785/1/SRP_TESIS.pdf)
- Rincón, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programa de intervención* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/4834/1/T26887.pdf>
- Ruiz, A., Gonzáles, N., Gonzáles, S., Aguilar, Y. y Torres, M. (2018). Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres. *Liberabit*, 24(1), 97-113. Doi: <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.07>
- Saad, E., Belfort, E., Camarena, E., Chamorro, R. y Martínez, J. (2010). *Salud mental infanto juvenil: Prioridad de la humanidad*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20Mental%20Infanto-juvenil%20Prioridad%20de%20la%20Humanidad.pdf>
- Saavedra, Y. (2018). *Esquemas emocionales y síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4774/Saavedra%20Zuloeta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, A. (2018). *Síntomas psicopatológicos en estudiantes de una facultad de psicología de Lima* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2144/SANCHEZ%20TAFUR%20AYRTON%20MANUEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Torres, J. (2007). *Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida* (Tesis de licenciatura). Recuperado de

[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3135/Torres\\_mj.pdf?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3135/Torres_mj.pdf?sequence=1)

- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. y López, J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de psicología*, 18(1), 45-59. Recuperado de [https://www.um.es/analesps/v18/v18\\_1/03-18\\_1.pdf](https://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf)
- Valverde, J. (2015). *El proceso de inadaptación social en el adolescente* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/52358/1/5309854362.pdf>
- Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, J., Martín, J. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23(3), 219-226.
- Virues, R. (2005). Estudio sobre la ansiedad. *Revista Psicológica Científica.com*. recuperado de <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>

## **VIII. ANEXOS**



8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					

35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					

61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					

87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

## Escala de inadaptación

Nombre:.....Edad: ..... Sexo:.....

### TRABAJO

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva...) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### RELACION DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general, se ha visto afectada.

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

## ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo