



Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas

Gender violence and posttraumatic stress disorder in peruvian women

Milagros Saquinaula-Salgado ¹, Ericson Felix Castillo-Saavedra ², Cinthia-Rosales Márquez ³

1. Universidad César Vallejo. Chimbote, Perú. Correo: milita.ss.peru@gmail.com – <https://orcid.org/0000-0003-0699-3413>
2. Universidad César Vallejo. Chimbote, Perú. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú. Correo: ericson_fcs@hotmail.com – <https://orcid.org/0000-0002-9279-7189>
3. Universidad César Vallejo. Chimbote, Perú. Correo: [cynthiarosales040587@gmail.com](mailto:cinthiarosales040587@gmail.com) – <https://orcid.org/0000-0002-6642-512X>

Tipología: Artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Saquinaula-Salgado M, Castillo-Saavedra EF, Rosales Márquez C. Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*. 2020 octubre; 17(4): 23-31. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.3596>

Recibido en octubre 15 de 2019

Aceptado en mayo 15 de 2020

Publicado en línea en octubre 02 de 2020

RESUMEN

Palabras clave:

violencia de género;
trastornos por estrés postraumático ; mujeres maltratadas.

Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal que planteó determinar la asociación entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. La muestra estuvo constituida por 105 mujeres que fueron atendidas en la División de Medicina Legal II de la provincia del Santa (Perú). Para recolectar la información se utilizaron dos instrumentos que fueron sometidos a validez y confiabilidad. La violencia de género se midió a través de un cuestionario constituido por 20 ítems, y el trastorno por estrés postraumático, mediante un cuestionario de 16 ítems. Los resultados evidencian que el 56,2% de mujeres agredidas presentan violencia leve y el 61,9% no manifiestan síntomas de trastorno de estrés postraumático. Finalmente, se encontró alta asociación significativa entre la violencia de género y los trastornos de estrés postraumático.

ABSTRACT

Keywords:

Gender violence;
posttraumatic stress disorders;
abused women.

A cross-sectional descriptive cross-sectional study was conducted, which proposed determining the association between gender violence and posttraumatic stress disorder in Peruvian women. The sample consisted of 105 women who were treated in the Division of Legal Medicine II of the province of Santa (Peru). For the collection of information, two instruments were used that were subject to validity and reliability, gender violence was measured by a questionnaire consisting of 20 items, and post-traumatic stress disorder by a questionnaire of 16 items. The results show that 56.2% of women attacked have mild violence and 61.9% have no symptoms of posttraumatic stress disorder. Finally, a significant high association was found between gender violence and posttraumatic stress disorders.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género —y, sobre todo, la violencia contra la mujer— es un problema de salud global y de proporciones epidémicas que no ha podido ser superado y que ocasiona episodios significativos e irreparables dentro de la sociedad. La Organización Mundial de la Salud revela que más de la tercera parte del total de la población femenina en el mundo ha sido víctima de algún tipo de violencia, siendo la violencia proveniente de pareja la más común. Asimismo, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito reportó que, a nivel mundial, casi la mitad (47%) de las 93.000 mujeres víctimas de homicidio fueron asesinadas por su pareja íntima. Estas cifras elevadas de casos de violencia contra la mujer son repetitivas en todos los países y en todas las realidades¹⁻³.

La violencia de género es todo acto de desigualdad y subordinación que pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico⁴⁻⁷. De esta forma, toda agresión ejercida por un hombre contra una mujer debe considerarse como un problema médico-legal y de salud pública que deriva en una disminución de la calidad de vida, aparición de enfermedades e incluso la muerte, por lo que se necesitaría utilizar estrategias de identificación e intervención temprana para disminuir las tasas de prevalencia⁸⁻¹².

En este sentido, la violencia contra la mujer no ha surgido recientemente, sino que data de épocas antiguas, estableciendo sus bases en un sistema patriarcal que se ha mantenido en vigencia a lo largo de la historia y persiste hasta la actualidad en muchos países con atraso cultural, donde el varón posee dominio sobre la mujer, llegando al punto del abuso, la opresión y la explotación^{4,8}.

La violencia de género dentro de una relación de pareja o expareja genera estragos que pueden manifestarse inmediatamente o *a posteriori*. Estas consecuencias pueden comprometer la integridad física (lesiones menores, hematomas, síndrome de dolor crónico, fracturas y muerte), la salud mental (problemas de autoestima, depresión, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, alcoholismo, adicción a estupefacientes, problemas alimentarios), la salud

sexual y reproductiva (enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, abortos) y deterioro de las relaciones y funciones sociales^{9,13-15}.

Una de las secuelas más frecuentes en las víctimas de violencia es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Diversas investigaciones indican una prevalencia de 60%, considerando que el total de las víctimas presentan alguna sintomatología postraumática. Estas personas están expuestas a situaciones de peligro que atentan contra su vida y experimentan evitación y rechazo hasta el punto de generar deterioros significativos en su vida social, laboral o personal por largos períodos de tiempo. De la misma forma, se ha demostrado que las mujeres en la etapa de la adolescencia tienen mayor riesgo de manifestar un episodio de estrés postraumático, que conllevaría a presentar consecuencias *a posteriori*, producto de los recuerdos de los abusos de tipo físico, emocional o sexual^{13,16-18}.

El trastorno postraumático surge como consecuencia de la violencia doméstica y presenta rasgos muy específicos debido a que las agresiones son repetitivas y se desarrollan generalmente dentro del hogar, donde la persona debería sentirse más protegida. Además, esta violencia proviene por parte de la pareja, quien debería brindarle apoyo y seguridad. Esta situación lleva a la víctima a un estado constante de vigilancia y activación, por lo que se transforma en un problema crónico y prolongado que conlleva a la pérdida de las actividades sociales y de esparcimiento y que se puede asociar posteriormente a problemas de depresión, ansiedad, inadaptación social, sentimientos de culpa, entre otros, lo que afecta de manera trascendental el desarrollo normal de la vida de la mujer. Por lo tanto, el abordaje de este tema es de suma importancia para el bienestar general de la sociedad^{14,19-21}.

Diversos estudios han establecido la relación entre la violencia de género y los TEPT. En una evaluación psiquiátrica realizada a mujeres colombianas, se encontró que la violencia por parte de la pareja incrementa tres veces el riesgo de padecer TEPT¹². Asimismo, otras investigaciones revelaron que una mayor gravedad de violencia psicológica se

relacionaba directamente con síntomas de TEPT, especialmente aquellos asociados a reexperimentación, evitación e hiperalerta²²⁻²⁴. Por otra parte, se ha reportado que las mujeres víctimas de maltrato involucradas en una relación de pareja estuvieron expuestas a experiencias de victimización en la edad adulta, lo que sugiere que el componente psicológico representa el predictor de la sintomatología de los TEPT^{25,26}. Desde el punto de vista fisiológico, se han encontrado anomalías cerebrales dentro de un grupo de mujeres víctimas de maltrato, las cuales generan a corto y largo plazo alteraciones en los procesos de desarrollo neurológico y cambios en los hábitos de alimentación^{27,28}.

Con base en lo anteriormente expuesto, el estudio determinó la asociación entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Estudio descriptivo y correlacional de corte transversal realizado en mujeres víctimas de violencia que fueron atendidas en el Departamento de Medicina Legal de la provincia del Santa (Perú).

Participantes

La población estuvo conformada por el promedio mensual de mujeres atendidas en el Departamento de Medicina Legal de la provincia del Santa (Perú) durante el año 2019. La muestra de estudio se calculó mediante muestreo probabilístico aleatorio simple con un margen de error de 5%. De este modo se seleccionaron 105 mujeres, quienes firmaron un consentimiento informado voluntario como evidencia de aceptación de participar en el estudio. Se incluyó a aquellas mujeres que registraron su atención por violencia de parte de su pareja o expareja por lo menos una vez, y se excluyó a las que no desearon participar en el estudio.

Instrumentos

Se utilizaron como instrumentos dos cuestionarios

con respuestas dicotómicas adaptados y validados al contexto de la investigación. Respecto a la violencia, el cuestionario se fundamentó en la Escala de Violencia (EV)^{19,29} y estuvo estructurado por 20 ítems que se dividieron en cuatro dimensiones: violencia física (siete ítems); violencia psicológica (cinco ítems), violencia sexual (tres ítems) y violencia económica (cinco ítems). La categorización según niveles se realizó en tres tipos: violencia leve (0-10 puntos), violencia moderada (10-12 puntos) y violencia severa (mayor a 12 puntos). Por otra parte, el TEPT se basó en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)³⁰, el Cuestionario de Experiencias traumáticas (TQ)³¹ y la Entrevista de Trauma de Davidson (DTS)^{30,32}. El instrumento en este caso estuvo conformado por 16 ítems, distribuidos en tres dimensiones: factor afectivo (cuatro ítems), factor intelectual (un ítem) y factores conductuales (11 ítems). Asimismo, se establecieron tres niveles: sin síntomas TEPT (0-7 puntos), síntomas de TEPT no severo (8-9 puntos) y síntomas de TEPT severo (10-16 puntos).

Los instrumentos utilizados fueron sometidos a un análisis psicométrico para la medición de su validez y confiabilidad. Así, el contenido se validó mediante la opinión de cinco jueces y se obtuvo un coeficiente V de Aiken de 0,99 y 0,97 para las variables violencia de género y TEPT respectivamente. En cuanto a la confiabilidad, se utilizó el coeficiente de Kuder Richardson, con valores de 0,82 y 0,91 para las variables mencionadas anteriormente.

Procedimiento

En un primer momento se solicitó el permiso respectivo a las autoridades del Departamento Médico Legal para llevar a cabo el estudio. Posteriormente, se realizó el contacto con las víctimas de violencia, y su aceptación fue acreditada mediante consentimiento informado.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v 25 para determinar la asociación entre la violencia de género y el TEPT, con un intervalo de confianza de

95% (IC 95%), utilizando la prueba no paramétrica de correlación de Pearson. Previamente, se analizaron los datos mediante la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov ($n=105$).

Declaración sobre aspectos éticos

El estudio fue realizado tomando en consideración la Declaración de Helsinki de 1975, y para tal fin cada participante firmó un consentimiento informado.

RESULTADOS

El estudio fue realizado en la ciudad de Chimbote (Perú) con 105 víctimas de violencia de género que fueron peritadas en el Departamento de Medicina Legal y a quienes se les evaluó su asociación con los TEPT.

Tabla 1. Nivel de violencia de género en mujeres peruanas.

Nivel de violencia de género	f	%
Violencia leve	59	56,2
Violencia moderada	21	20,0
Violencia severa	25	23,8
Total	105	100,0

La tabla 1 evidencia el nivel de violencia de género, con 56,2%, 23,8% y 20% para las clasificaciones leve, severa y moderada respectivamente. Estos resultados indicarían que más del 50% de mujeres presentan algún tipo de agresión y reflejaría la situación actual que acontece en el contexto peruano.

Tabla 2. Nivel de severidad de los síntomas para diagnóstico de TEPT en mujeres peruanas.

Nivel de TEPT	f	%
Sin síntomas TEPT	65	61,9
Síntomas de TEPT no severo	25	23,8
Síntomas de TEPT severo	15	14,3
Total	105	100,0

De la misma forma, en la tabla 2 se observa que existe un elevado índice de mujeres (61,9%) que fueron víctimas de algún grado de violencia y no presentaron síntomas de TEPT. Por otra parte, el 23,8% y el 14,3% manifestaron síntomas de TEPT no severo y severo respectivamente.

Tabla 3. Coeficiente de correlación bivariada de Pearson para las variables de estudio.

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Violencia	1					
2. Violencia física	0,440**	1				
3. Violencia psicológica	0,434**	0,422**	1			
4. Violencia sexual	0,408**	0,331**	0,341**	1		
5. Violencia económica	0,360*	0,381**	0,239*	0,242*	1	
6. TEPT	0,413**	0,328**	0,504**	0,283**	0,181	1

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

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

Finalmente, la tabla 3 refleja asociación positiva y significativa entre los TEPT y la violencia de género ($r=0,413$). Del mismo modo, en el análisis por dimensiones se encontró relación entre los TEPT y la violencia física ($r=0,328$), psicológica ($r=0,504$) y sexual ($r=0,283$).

DISCUSIÓN

El estudio determinó que el 43,8% las mujeres peritadas fueron víctimas de violencia moderada y

severa. Esta cifra elevada es la clara evidencia de que, aún en este siglo de modernidad, igualdad de género, empoderamiento femenino y, sobre todo, gran difusión y defensoría de los derechos de la mujer, existe una gran población de mujeres que sufren abusos físicos, psicológicos, sexuales y económicos. De hecho, esto se observa como resultado de aquellas que se atrevieron a denunciar el maltrato, lo que deja una cifra incógnita de mujeres que soportarían con sumisión la violencia que reciben en sus hogares.

Otras investigaciones obtuvieron resultados similares, con altos porcentajes de mujeres que sufrieron violencia física, psicológica y sexual de grados moderado y severo, y que fueron forzadas a tener relaciones sexuales^{8,13,16}. Respecto a la violencia psicológica en particular, se encontró que las víctimas habrían recibido gritos, insultos, descalificativos, empujones, bofetadas y golpes con objetos, y atravesaron posteriores episodios de reexperimentación, evitación e hiperalerta^{25,26,28}.

Al respecto, Vargas³³ manifiesta que persisten los altos índices de violencia contra la mujer por parte de su pareja, y refiere que la violencia de género es un grave problema de salud pública, particularmente en países subdesarrollados, que no solo afecta la integridad de las víctimas, sino que, además, repercute en los hijos y familiares cercanos. De este modo se observa que el contexto socioeconómico y cultural que involucra a la relación de pareja genera situaciones que motivan la agresividad. Una de ellas se relaciona con los estereotipos creados por una sociedad machista, en la que una mujer depende económicamente de los ingresos salariales de la pareja, y por tal razón este individuo ejerce coacción sobre la mujer, limitándola a desarrollarse profesionalmente, así como aislándola socialmente^{27,34-36}.

Por otra parte, las cifras elevadas respecto a la violencia contra la mujer evidenciarían la necesidad de generar propuestas a nivel del legislativo orientadas a una detección temprana, que permitan erradicar cualquier tipo de violencia. En este sentido, cabe recordar que la violencia psicológica es la que se relaciona en mayor magnitud con los TEPT debido a un efecto acumulativo que se desarrolla a nivel del hipocampo, que inicia desde la infancia y alcanza su máximo esplendor en la adultez, generando estragos no solo en quien padece la agresión, sino además en los familiares más cercanos (hijos) y, de manera secundaria, en la sociedad al evitar que una mujer explote sus capacidades y talentos en beneficio y desarrollo de la comunidad a la que pertenece^{9,16,27,28,37}.

El estudio reportó que el 45% de mujeres presentaron síntomas de TEPT, una proporción que correspondería a aquellas que sufrieron violencia de

intensidad moderada y severa en todas sus modalidades: física, psicológica, sexual y económica. Otros estudios encontraron a su vez porcentajes similares en la incidencia de casos de TEPT con sintomatologías de evitación, reexperimentación e hiperalerta^{22-24,38}. Asimismo, Irizarry y Rivero³⁹ refirieron altos índices de TEPT causado por violencia doméstica, con rangos que oscilaban entre 33% a 84% del total de las víctimas, y reportaron manifestaciones de deterioro funcional y trastornos psiquiátricos. Estos datos indicarían que las consecuencias derivadas de los TEPT trascenderían a corto o largo plazo sobre la salud física y mental de las víctimas.

De la misma forma, se encontró una relación significativa entre la violencia de género y los TEPT, lo que lleva a inferir que mientras mayor sea la severidad de violencia física, psicológica o sexual, mayor será la probabilidad de presentar síntomas de TEPT. Además, investigaciones realizadas en otros contextos afirman que las víctimas de violencia doméstica a menudo desarrollan desórdenes clínicos y trastornos emocionales, de forma que las consecuencias psicológicas son más frecuentes y, dentro de ellas, los TEPT son los de mayor incidencia y los que presentan mayor relación a la violencia doméstica^{13,39,40}.

Al mismo tiempo, se pudo determinar que las mujeres que desarrollan TEPT causado por violencia doméstica se encuentran de manera permanente en estado de temor, son irritables y presentan desesperación y problemas que afectan su salud física^{41,42}. Por ello es necesario que los profesionales de la salud estén preparados para detectar problemas físicos o psicológicos en las víctimas de violencia de género; además, se deben formular estrategias efectivas para ayudar a la recuperación de la salud de la mujer maltratada, ya que ella podría acostumbrarse a vivir con temor, miedo, culpa y desesperanza, con efectos no solo para ella, sino también para los demás miembros de su familia³⁹.

Los resultados muestran la necesidad de seguir investigando en el tema de violencia de género priorizando la búsqueda de grupos de mayor vulnerabilidad, pero, sobre todo, para que en el sector salud se puedan formular nuevas estrategias

para mitigar las consecuencias que afectan la salud integral de las víctimas, con la finalidad de lograr su reincorporación y que puedan sentirse de gran utilidad para su familia y la sociedad. Se necesita, además, que los profesionales de salud y de las leyes no subestimen el maltrato psicológico o también llamado maltrato invisible, ya que se ha demostrado que es un factor importante para desarrollar TEPT, el cual, a su vez, es determinante para el desempeño y la integridad de las víctimas de violencia de género.

Por otro lado, es evidente que las políticas existentes para prevenir episodios de violencia de género y brindar atención a las víctimas no son suficientes, quizá porque hasta ahora no se han determinado las poblaciones más vulnerables. En este sentido, en países como Perú, se observan cifras elevadas respecto a la violencia psicológica, física y sexual⁴³. De esta manera, en diversos contextos a nivel mundial no se ha venido dando la debida importancia a la preservación de la salud mental, por lo que resulta esencial cambiar esta ideología por otro tipo de concepciones que permitan promover la buena salud mental de todos los ciudadanos, pero sobre todo en víctimas de violencia de género^{14,17,21,23}.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Primer autor: Trabajo de campo, diseño metodológico, análisis estadístico y redacción.

Segundo autor: Diseño metodológico y redacción.

Tercer autor: Trabajo de campo y redacción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas” [internet]. [Citado 15 jun 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

2. Jaen C, Rivera S, Amarin E, Rivera L. Violencia de pareja en mujeres: prevalencia y factores asociados. *Acta Investigación Psicol.* 2015 diciembre; 5(3): 2224-39. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30012-6](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30012-6)

3. Álvarez S, Pérez J, Lorence B. La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention.* 2013; 22(1): 41-53. Doi: <https://doi.org/10.5093/in2013a6>

4. Organización Mundial de Salud. Violencia contra la mujer [internet]. [Citado 10 may 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

5. García C, Gordillo F, Pérez M. Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Anxiety & Stress.* 2020 ene; 26(1): 39-45. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.01.003>

6. Sandoval L, Jiménez M, Rovira G, Vital O, Pat F. Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Aten. Primaria.* 2017 oct; 49(8): 465-72. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.013>

7. González E, Ponce E, Landgrave S, Baillet L, Munguía S, Jáuregui O. Frecuencia, factores de riesgo y tipos de violencia intrafamiliar en un grupo de mujeres de una clínica de medicina familiar en la ciudad de México. *Aten. Fam.* 2013 jul; 20(3): 86-90. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30098-0](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30098-0)

8. Ambriz M, Zonana A, Anzaldo M. Factores asociados a violencia doméstica en mujeres mexicanas vistas en primer nivel atención. *Soc. Esp. Med. Rural Gen.* 2015 jul; 41(5): 241-6. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.semarg.2014.07.004>

9. Ogum D, Addo A, Sikweyiya Y, Chirwa E, Coker D, Jewkes R, Adanu R. Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline

findings from a cluster randomised controlled trial. *PLoS One*. 2018 jul; 13(7). Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200874>

10. Karnitschnig L, Bowker S. Intimate Partner Violence Screening in the Emergency Department: A Quality Improvement Project. *J. Emerg. Nurs.* 2020 may; 46(3): 345-53. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.02.008>

11. Correa N, Cain C, Bertenthal M, Kay K. Women's Experiences of Screening for Intimate Partner Violence in the Health Care Setting. *Nurs. Womens Health*. 2020 may; en prensa. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.04.002>

12. Contreras L, Arteaga J, Latorre J, Folino J, Campo A. Association between intimate partner violence and posttraumatic stress disorder: A case-control study. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2010 mar; 39(1): 85-92. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60238-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60238-9)

13. Aguirre P, Cova F, Domarchi M, Garrido C, Mundaca I, Rincón P, Troncoso P, Vidal P. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. *Rev. Chil. Neuro. psiquiatr.* 2010 jun; 48(2): 114-122. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>

14. Bailey K, Trevillion K, Gilchrist G. What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. *J. Subst. Abuse Treat.* 2019 abr; 99: 88-103. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007>

15. Guzmán C, Cupul L, Guimarães G, Salazar J, Reynales L. Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México. *Gac. Sanit.* 2019; en prensa. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005>

16. López M, Arenas M, González A. Prevalencia de violencia intrafamiliar en pacientes del Módulo de Gerontología de una clínica de Medicina Familiar. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2018 jul; 53(4): 229-30. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.007>

17. Hahn A, Adams Z, Chapman J, McCart M, Sheidow A, De Arellano M, Danielson C. Risk reduction through family therapy (RRFT): Protocol of a randomized controlled efficacy trial of an integrative treatment for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents who have experienced interpersonal violence and other traumatic events. *Contemp. Clin. Trials*. 2020 abr; 93: 106012. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106012>

18. Casado M, Castellano M. Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal. *Rev. Esp. Med. Legal*. 2013 ene; 39(1): 12-8. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.004>

19. Mas M, Acebo G, Gainor M, Chávez P, Núñez F, González L, Guarnizo J, Gruezo C. Violencia intrafamiliar y su repercusión en menores de la provincia de Bolívar, Ecuador. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2018 jun; en prensa. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.006>

20. Costa E, Botelho A. The impact of intimate partner violence on psychological well-being: Predictors of posttraumatic stress disorder and the mediating role of insecure attachment styles. *J. Trauma Dissociation*. 2020 feb; en prensa. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100151>

21. Sánchez H, Duarte G, González T, Sánchez M, Gomariz D. Cuidados en el síndrome postraumático por violencia de género: a propósito de un caso clínico. *Enferm. Clin.* 2017 jul; 27(4): 256-64. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.05.004>

22. Overstreet N, Willie T, Hellmuth J, Sullivan T. Psychological intimate partner violence and sexual risk behavior: Examining the role of distinct posttraumatic stress disorder symptoms in the partner violence–sexual risk link. *Womens Health Issues*. 2015 ene; 25(1): 73-8. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.10.005>

23. Reich C, Blackwell N, Simmons C, Beck J. Social problem solving strategies and posttraumatic stress disorder in the aftermath of intimate partner violence. *J. Anxiety Disord.* 2015 may; 32: 31-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.007>

24. Weiss N, Dixon K, Duke A, Sullivan T. The underlying role of posttraumatic stress disorder symptoms in the association between intimate partner violence and deliberate self-harm among African American women. *Compr. Psychiatry*. 2015 may; 59: 8-16. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.018>
25. Gilbar O, Dekel R, Hyland P, Cloitre M. The role of complex posttraumatic stress symptoms in the association between exposure to traumatic events and severity of intimate partner violence. *Child Abuse Negl*. 2019 dic; 98: 104174. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104174>
26. Pico, M. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci. Biobehav. Rev*. 2005 feb; 29(1): 181-93. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010>
27. Huston J, Grillo A, Iverson K, Mitchell K, Boston V. Associations between disordered eating and intimate partner violence mediated by depression and posttraumatic stress disorder symptoms in a female veteran sample. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2019 may; 58: 77-82. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.03.007>
28. Fennema C, Stein M, Kennedy C, Archibald S, Jernigan T. Brain morphometry in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biol. Psychiatry*. 2002 dic; 52(11): 1089-1101. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01413-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01413-0)
29. Gil C, Martín D, López L, Reche B, Torres R, Muriel E, Rodríguez A. Elaboración de un cuestionario de detección de casos de violencia de odio en urgencias hospitalarias. *Gac. Sanit*. 2019 may; en prensa. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.006>
30. Echeburúa E, Amor P, Muñoz J, Sarasua B, Zubizarreta I. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anu. Psicol. Jurid*. 2017; 27(1): 67-77. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.005>
31. Bobes J, Calcedo A, García M, Francois M, Rico F, González M, Bascarán M, Bousoño M. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp. Psiquiatr*. [revista en la Internet]. 2000 ene; 28(4): 207-18. Disponible en: https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2000_Bobes_Evaluacion.pdf
32. Villafañe A, Milanesio M, Marcellino C, Amodei C. La evaluación de trastorno de estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma de Davidson. *Evaluar*. 2003 jul; 3(1). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/608>
33. Vargas H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Rev. Med. Hered*. 2017; 28(1): 48-58. Doi: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v28i1.3074>
34. Quispe M, Curro O, Cordova M, Pastor N, Puza G, Oyola A. Violencia extrema contra la mujer y feminicidio en el Perú. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2018 jun; 44(2): 278-294. Doi: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200278&lng=es
35. Hidalgo L, Valdés D. Violencia contra la mujer adulta en las relaciones de pareja. *MEDISAN*. 2014; 18(2): 181-7. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2014/mds142f.pdf>
36. Uresti C, Orozco L, Ybarra J, Espinosa M. Consuelo. Percepción del machismo, rasgos de expresividad y estrategias de afrontamiento al estrés en hombres adultos del noreste de México. *Acta Univ*. 2017 ago; 27(4): 59-68. Doi: <http://dx.doi.org/10.15174/au.2017.1273>
37. Yim I, Kofman Y. The psychobiology of stress and intimate partner violence. *Psychoneuroendocrinology*. 2019 jul; 105: 9-24. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.08.017>

38. Crespo T, Camarillo L, Diego H. Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2019 sep; 12(84): 4918-28. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
39. Irizarry W, Rivero M. Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Nure Inv*. 2018 sep; 15(95): 1-17. Disponible en <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/download/1389/844/>
40. Vicente M, Torres J, Ramírez M, Terradillos M, López A, Aguilar E. Trastorno de estrés postraumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad. *Rev. Esp. Med. Legal*. 2014 oct; 40(4): 150-60. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2014.05.004>
41. Huerta R, Miljánovich M, Pequeña J, Campos E, Santivañez R, Aliaga J. Estrés post traumático e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la relación de pareja en función de la edad. *Rev. Investig. Psicol*. 2014 oct; 17(2): 59-75. Doi: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v17i2.11258>
42. Pereira M, Azeredo A, Moreira D, Brandão I, Almedia F. Personality characteristics of victims of intimate partner violence: A systematic review. *Aggress. Violent. Behav*. 2020 abr; en prensa. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101423>
43. Garmendia F. La violencia en el Perú 2015. *An. Fac. Med*. 2016 abr; 77(2): 153-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i2.11838>