



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“CALIDAD DE VIDA EN VÍCTIMAS DE
LA VIOLENCIA POLÍTICA EN
AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD MENTAL

HENRY RICARDO VILLARREAL TRUJILLO

LIMA - PERÚ

2024

Asesor:

Doctor Javier Esteban Saavedra Castillo

JURADO DE TESIS

DR. ALFREDO FEDERICO SAAVEDRA CASTILLO

PRESIDENTE

MG. SILVANA VIRGINIA SARABIA ARCE

VOCAL

MG. JOHANN MARTIN VEGA DIENSTMAIER

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A Sofía y Belén

AGRADECIMIENTOS.

A mis familiares y amigos

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis autofinanciada

CALIDAD DE VIDA EN VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA EN AYACUCHO, CAJAMARCA Y HUARAZ

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	pure-oai.bham.ac.uk Fuente de Internet	<1%
2	revistasojs.ucaldas.edu.co Fuente de Internet	<1%
3	www.researchsquare.com Fuente de Internet	<1%
4	www.ins.gov.co Fuente de Internet	<1%
5	nmj.umsha.ac.ir Fuente de Internet	<1%
6	Alper Keten, Ramazan Abacı. "Evaluation of medical examination of forensic medicine specialists during / after detention within the scope of Istanbul Protocol", Journal of Forensic and Legal Medicine, 2020 Publicación	<1%
7	preview-conflictandhealth.biomedcentral.com Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN
ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN -----	1
II.	OBJETIVOS -----	6
III.	MARCO TEÓRICO-----	7
IV.	METODOLOGÍA -----	11
V.	RESULTADOS -----	17
VI.	DISCUSIÓN -----	19
VII.	CONCLUSIONES -----	26
VIII.	RECOMENDACIONES -----	27
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	28
X.	ANEXOS	

RESUMEN:

Introducción: El conflicto armado interno peruano ha generado secuelas que abarcan aspectos psicológicos, sociopolíticos y económicos, enlazando de esta manera con áreas de la salud mental positiva como es la calidad de vida (CV).

Objetivo: evaluar la relación entre la CV y las experiencias relacionadas con la violencia política (VP).

Material y métodos: Teniendo como fuente la base de datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho, Huaraz y Cajamarca, del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” - 2017, se relacionó la presencia de experiencias con la VP y la CV en sus diferentes componentes, mediante el modelo lineal general por el software SPSS versión 25, produciéndose modelos ajustados con las variables sociodemográficas y con la presencia de un trastorno mental.

Resultados: En una muestra final de 3749 mayores de 18 años, se halló menor CV de forma significativa en quienes presentaron algún tipo de experiencia con la VP($p<0,001$), como es la pérdida de un bien material($p<0,001$), el cambio de residencia($p<0,001$) o haber tenido algún familiar detenido($p=0,002$). Asimismo, las dimensiones de CV más afectadas fueron el bienestar físico ($p<0,001$) y psicológico($p<0,001$), el funcionamiento interpersonal ($p=0,002$), el apoyo social($p<0,001$) y comunitario($p<0,001$), así como la plenitud personal ($p=0,001$) y la calidad de vida global($p<0,001$).

Conclusión: Los pobladores con presencia de alguna experiencia con la VP, presentaron menor CV de forma significativa; principalmente ante la detención de

algún familiar, el cambio de residencia o la pérdida de algún bien material. Se recomienda un enfoque ligado al bienestar subjetivo y social en cuanto a las investigaciones e intervenciones de las víctimas de la VP, enriqueciendo las labores del sistema de reparaciones.

PALABRAS CLAVES

CALIDAD DE VIDA, VIOLENCIA POLÍTICA, SALUD MENTAL

Abstract:

Introduction: The Peruvian internal armed conflict has generated consequences with psychological, sociopolitical, and economic implications. These implications are linked to positive mental health areas such as the quality of life (QoL).

Objective: Evaluate the relationship between QoL and experiences related to political violence.

Material and methods: Having as a source the database of the Epidemiological Study on Mental Health in Ayacucho, Huaraz and Cajamarca of the National Institute of Mental Health. “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” – 2017, the presence of experiences with political violence and QOL in its different components was related, using the general linear model using SPSS version 25 software, producing adjusted models with the sociodemographic variables and the presence of a mental disorder.

Results: In a final sample of 3,749 people over 18 years of age, a significantly lower QoL was found in those who had some type of experience with VP ($p < 0.001$) such as the loss of a material asset ($p < 0.001$), the change of residence ($p < 0.001$) or having had a family member detained ($p = 0.002$). Likewise, the most affected QOL dimensions were physical ($p < 0.001$) and psychological well-being ($p < 0.001$), interpersonal functioning ($p = 0.002$), social ($p < 0.001$) and community support ($p < 0.001$), as well as personal fulfillment ($p = 0.001$) and global quality of life ($p < 0.001$).

Conclusion: Residents with some experience with VP had significantly lower QoL; mainly in the event of the arrest of a family member, the change of

residence or the loss of some material asset. An approach linked to subjective and social well-being is recommended in terms of investigations and interventions of victims of political violence, enriching the work of the reparations system.

KEYWORDS

QUALITY OF LIFE, POLITICAL VIOLENCE, MENTAL HEALTH

I. INTRODUCCIÓN:

En el periodo entre 1980 y el 2000, Perú vivió una etapa histórica de violencia de tipo comunitaria con fines políticos, provocándose un conflicto armado en el cual se cometieron actos terroristas (1). Dicho evento constituye la etapa histórica peruana de mayor impacto, tanto en los ámbitos psicológico, social, económico (2) y cultural (3) Es así como, los afectados se constituyen en Víctimas de la Violencia Política (VVP), principalmente los que habitaban zonas rurales (4), eran quechua hablantes o tenían bajas condiciones socio económicas (2,5,6).

Se estima que cada víctima llegó a presentar por lo menos dos experiencias relacionadas con la violencia durante dicho periodo (7,8), como fueron las agresiones físicas (3), la persecución y amenazas de muerte (9), o la desaparición y/o fallecimiento de familiares (4). Asimismo, se provocó un masivo abandono de sus viviendas, además de pérdidas materiales que afectaron las economías domésticas y locales exacerbando la pobreza (3,4). Cabe resaltar que en el caso de la población femenina hubo especial vulnerabilidad tanto para las experiencias descritas como para la violencia sexual (10).

El principal modo de abordar los problemas de salud mental de las víctimas ha sido bajo el enfoque clínico, mediante la detección de patologías médicas. Así, se ha hallado que la prevalencia de algún trastorno mental en ellos, supera el 70% (8), dando cuenta de un 25% para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), destacando también la presencia de trastornos de ansiedad y depresión (11), y teniendo la población femenina mayor predisposición a presentar dichos problemas

(12). Asimismo, bajo esta misma perspectiva clínica, se han explorado las formas de afrontamiento y de resiliencia presentadas por las víctimas (13).

Uno de los conceptos que trasciende el aspecto clínico de la salud mental es el de Calidad de Vida (CV), que aborda aspectos relacionados con el entorno social y comunitario, y la funcionalidad en la vida cotidiana, la satisfacción de vida personal y el estado de bienestar (14). De esta forma constituye un factor relevante en las VVP (15), permitiendo detectar la situación individual y social de las mismas, de una forma global (16).

En diversas poblaciones víctimas de conflictos armados a nivel internacional se ha venido evaluando la CV. Es así como, 353 adultos con experiencia traumática por la guerra de Bosnia tuvieron una correlación directa entre la CV con el apoyo social percibido y el grado de religiosidad que practicaban (17). Asimismo, destacan los hallazgos en población iraquí expuesta a conflictos violentos, encontrándose que en 171 adultos la situación laboral fue un predictor significativo de la CV (18) que en otro estudio más de la mitad de 380 mujeres (66,6%) estuvieron en los cuartiles de puntajes más bajos de CV (19). Cabe mencionar que 437 palestinos residentes de una zona de conflicto tuvieron una puntuación alta en CV (20). Ya en un estudio con una muestra representativa de 2063 pakistaníes residentes en zona de conflicto, se halló que tanto el estado socioeconómico, el capital social y el tipo de residencia, constituyeron predictores significativos de la CV (21).

En Latinoamérica, el conflicto armado más estudiado es el ocurrido en Colombia. Al evaluarse las dimensiones de la CV en 265 víctimas de dicho conflicto

presentaron puntuaciones bajas en el rol emocional y la vitalidad, asimismo, la población femenina obtuvo los puntajes más bajos en todas las dimensiones (22). Asimismo, en una muestra de 83 víctimas de un barrio específico de Medellín, se halló que el bienestar físico y material fueron las dimensiones de CV con puntaje más bajo (23). Sin embargo, en 28 líderes comunitarios de zonas de conflicto, se halló que las dimensiones de CV se hallaban en nivel alto o muy alto (24). Por su parte, en 223 mujeres víctimas colombianas se halló que las relaciones sociales constituyeron el factor más afectado en cuanto a la percepción de CV (25).

Los estudios realizados en Perú que dan cuenta de la afectación de algunos ámbitos de la CV de las víctimas se han dado en habitantes de Ayacucho, Apurímac, Huánuco y Pasco, con una naturaleza cualitativa. Así, se menciona una desestructuración de las redes de apoyo social (4), con consecuencias económicas (26) y de alteración en las organizaciones comunitarias locales, evocando a respuestas legales y políticas que respondan a estas necesidades (27). Asimismo, se ha hallado una ruptura en la identidad social y cultural, destacando el rol del sentido religioso de las víctimas (3). Por otro lado, se destaca la presencia del sentido de bienestar, que ha permitido la proyección a futuro, con estrategias de adaptación de muchas víctimas (4). A pesar de esto, en Perú no existen estudios que hayan abordado la CV propiamente dicha de forma cuantitativa ni con una población representativa.

El estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN) llevado a cabo en 3893 adultos residentes de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz durante el 2017 determinó de forma cuantitativa la CV mediante el Índice de Calidad de Vida de Mezzich, el cual consta

de una escala de 10 puntos hallando una media de 7,77. Dicho estudio también determinó que el 5% de dicha población experimentó de forma directa alguna experiencia relacionada con actos terroristas durante la etapa del conflicto armado (28). Sin embargo, no se determinó la CV en relación con la condición de haber sido VVP.

La Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) del Perú, constituida en 2001, informó sobre las consecuencias en la salud mental de las víctimas, declarando la implementación de un sistema reparaciones que aborda aspectos sociales, legales y políticos (29). Pero la efectivización de las reparaciones se vendría desarrollando con dificultades, en parte por un parcial enfoque sistemático de las víctimas (30), ya que tienen necesidades y subjetividades intrínsecas que se seguirán conociendo (31). Es así como las intervenciones de reparación e intervención en salud mental que se han venido llevando a cabo dan cuenta de la importancia de un enfoque de reinserción social y económica por medio de redes de apoyo, así como de reivindicación comunitaria que permita una identidad cultural entre sus integrantes (32) a largo plazo (33,34), recobrando importancia el acceso a justicia con adecuadas medidas políticas y sociales (35).

Así, se tratan cuestiones que trascienden el campo clínico (36,37), cobrando relevancia la llamada Salud Mental Positiva (SMP), que es un componente esencial para la comprensión de la persona en su entorno socio cultural (38–40) dirigiéndose a determinar el enfoque preventivo promocional (41), el bienestar, el capital social, la resiliencia y la calidad de vida de las personas (42,43). A pesar de esto, existe un déficit de estudios que aborden variables implicadas en la SMP realizados en VVP (42,44–46). Al respecto, CV es un concepto que permite explorar tanto las

necesidades sociales como lo concerniente a la plenitud y autorrealización personales (47,48), habiendo cada vez mayor número de estudios de este variable en poblaciones vulnerables (49).

Es así como, usándose los datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz del INSM HD-HN entre setiembre y diciembre del 2017, el presente trabajo se propuso determinar la CV de los adultos según hayan presentado alguna experiencia relacionada con actos terroristas ocurridos durante la etapa de la violencia política. Los resultados obtenidos serán presentados al INSM y, por intermedio de dicha institución, a los entes sociales y políticos concernientes para las respectivas implementaciones en reparaciones e intervenciones concernientes a lo hallado.

II. OBJETIVOS:

Objetivo General: Determinar la relación entre la calidad de vida actual y las experiencias relacionadas con la violencia política, en pobladores adultos residentes de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el periodo de setiembre a diciembre del 2017

Objetivos específicos:

1. Determinar los aspectos socio demográficos de los pobladores adultos residentes en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en el periodo de setiembre a diciembre del 2017.
2. Evaluar la calidad de vida actual en la población adulta de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en relación con haber perdido a un familiar debido a la violencia política, según aspectos socio demográficos, en el periodo de setiembre a diciembre del 2017.
3. Evaluar la calidad de vida actual en la población adulta en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en relación con el cambio de residencia debido a la violencia política, según aspectos socio demográficos, en el periodo de setiembre a diciembre del 2017.
4. Evaluar la calidad de vida actual en la población adulta en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en relación con la pérdida de bienes debido a la violencia política, según aspectos socio demográficos, en el periodo de setiembre a diciembre del 2017.
5. Evaluar la calidad de vida actual en la población adulta en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en relación con haber sido víctima de algún atentado vinculado a la violencia política, según aspectos socio demográficos, en el periodo de setiembre a diciembre del 2017.

III. MARCO TEÓRICO:

Violencia Política (VP). La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe que la violencia puede ejercerse desde la fuerza directa o por medio del poder, con efectos explícitos o de amenaza, dirigidos a uno mismo, hacia otros individuos o a toda una comunidad (50). Es así como la VP es aquella que es ejercida contra una comunidad específica con el propósito de imponer y/o controlar el sistema político respectivo (51,52). Cuando ésta se da por parte de un grupo o comunidad perteneciente a la misma nación se denomina conflicto armado interno (CAI) (53). Asimismo, los actos de violencia pueden darse mediante actos terroristas cuando ocurren de forma abrupta, sin previo aviso y ocasionando miedo constante a los agraviados (54,55).

Las circunstancias en las que suele ocurrir la VP con sus diversas modalidades se dan en torno a problemas sociales, económicos y culturales que acarrear desigualdades e injusticias que muchas veces se vienen perpetuando de forma constante en las comunidades afectadas (56), dando una lógica moral o de reivindicación a los que ejercen los actos de violencia (57). Por su parte los efectos de la VP, principalmente bajo la modalidad de CAI, se consideran un problema de salud pública (58), ya que ocasionan afecciones tanto individuales como colectivas, sea desde la perspectiva clínica, social, económica y cultural (5).

A nivel internacional existen diversas naciones que han padecido VP, resaltando los conflictos dados durante la desintegración de Yugoslavia (17) así como los ocurridos debido a la limpieza étnica en Irak (18,19). Asimismo, existen conflictos como el israelí – palestino (59) o el pakistaní (21), que persisten hasta la actualidad. Por otro lado, en Latinoamérica, Colombia ha padecido un CAI durante

más de 60 años que ha contado con varias etapas en las que han surgido grupos armados, tanto subversivos como militares (1,60).

Perú padeció una etapa de VP bajo la modalidad de CAI en la que dos grupos subversivos cometieron actos terroristas durante el periodo de 1980 y 1999. Las regiones más afectadas fueron las correspondientes a zonas altoandinas con población quechua hablante, principalmente Ayacucho, Junín, Huánuco y Huancavelica. Este periodo de violencia es el de mayor impacto humanitario, social y económico, así como el de mayor duración y alcance territorial de la historia peruana (2).

Víctimas de Violencia Política (VVP). Se comprende como víctima a la persona que padece un daño físico o psicológico por parte de un sujeto, ya sea de forma directa o a una persona cercana con vínculos principalmente familiares (61). En el contexto de la VP, las víctimas suelen estar expuestas a continuas situaciones traumáticas (62–64), afectándose de forma significativa tanto la salud física y mental (58) como el funcionamiento social, económico y político (64).

La población femenina ha implicado una condición de riesgo para diferentes tipos de violencia durante los conflictos (22,65–72), pero al mismo tiempo ha significado el desarrollo de formas de resiliencia y adaptación (73).

Existen diversas formas de experiencias relacionadas con actos terroristas debidos a VP, ya sea de forma directa por medio de agresiones físicas, sexuales y de tortura (65,74), o indirecta hacia familiares u otras personas cercanas, ya sea por agresiones u homicidios (24,75). Así, esas experiencias pueden darse con pérdidas

materiales (24), involucrando muchas veces el desplazamiento del lugar de origen (22,24,67,71,76–80).

Las VVP en Perú, constituye un actor social y político con representación legal (81), en gran parte gracias al análisis e Informe Final de la CVR, mediante el cual se efectivizaron acciones sociales y de justicia (82), dando relevancia la condición de inocencia y de discriminación étnica de la víctima (6,60,83). Así, la ley del Plan Integral de Reparaciones (PIR) (Ley 28592) busca restituir los derechos ciudadanos, en educación, salud, aspecto socio cultural y en lo relativo a la facilitación de vivienda y beneficios económicos (84,85).

Calidad de Vida (CV). La Calidad de Vida (CV) es definida como el estado de bienestar tanto individual, ya sea físico o mental, como comunitario y cultural (28,86). Para la OMS la CV aborda aspectos subjetivos del individuo en relación con el contexto social en el que se encuentra, así como con las perspectivas de proyección y desarrollo personal (14,87). Asimismo, la CV relacionada con la Salud (CVRS) permite estimar la manera que la salud afecta la CV (87–89).

Mezzich y cols. consideraron como dimensiones de la CV el bienestar físico y psicológico; los funcionamientos independiente, interpersonal y ocupacional; el apoyo social y comunitario, así como la plenitud personal y la satisfacción espiritual (16). Así, los aspectos que aborda la CV pueden englobarse tanto al bienestar físico y mental de la persona, en relación con sí misma y la satisfacción personal, como con el entorno social, económico y cultural (16,90).

La medición de la CV considera el componente subjetivo de la misma, lo que crea una tendencia a la sobreestimación. Asimismo, es valioso poder comparar

el grado de CV entre grupos poblacionales, condiciones sociodemográficas, así como etapas diferentes que permiten evaluar la eficacia de servicios sociales y sanitarios (14,91). Es así como las formas de medición que se han desarrollado cuantifican la CV de una manera ordinal por medio de puntajes (91) mediante la aplicación de escalas de autoevaluación tipo Likert, ya sea poniendo en énfasis en el estado de bienestar y del entorno social como en la escala GENCAT (92), o en la satisfacción subjetiva con la vida, como en el Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (93). Además, han surgido instrumentos que permiten la valoración desde la perspectiva individual, como el Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) (94), que permite su adaptación a las condiciones de salud que presente el individuo (95). Así, surge la variable de CV relacionado a la salud (CVRS), cuyos instrumentos de medición se aplican en personas con diversos problemas de salud y de diferentes comunidades culturales (22,39,87,96–98), destacando el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), diseñado por la OMS (14), y el SF-36 (99).

Uno de los instrumentos caracterizados por su fácil aplicabilidad y de adecuada adaptación a diferentes contextos socioculturales es el desarrollado por Mezzich y cols., el cual determina una valoración global de CV teniendo en cuenta los ítems de bienestar físico y psicológico, la percepción de autorrealización, el nivel de funcionamiento autónomo, los aspectos ocupacional e interpersonal, así como el apoyo social y comunitario (90). En 2002 surgió una adaptación a una muestra de pobladores españoles (100), que posteriormente fue validada para una muestra de 2077 adultos pobladores de Lima (Perú) (16).

IV. METODOLOGÍA:

Este estudio se basa en los datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017, realizado por INSM HD-HN entre setiembre y diciembre del 2017 mediante entrevista directa que brindó datos epidemiológicos de trastornos mentales, y otros indicadores de salud mental de pobladores residentes en dichas ciudades (28).

1. Población y muestra.

Dicho estudio original incluyó como población investigada a las personas mayores de 12 años que residían de forma permanente o regular en casas privadas. El marco muestral se basó en la información del Pre-Censo 2007 proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), actualizada en 2014. La muestra se seleccionó de forma probabilística en tres etapas: 1.- selección de conglomerados de viviendas; 2.- selección de viviendas de cada uno de los conglomerados; y 3.- selección de cuatro unidades de análisis por hogar (adolescente de entre 12 y 17 años; adulto mayor de 18 años; adulto mayor de 60 años o más; y la mujer casada o conviviente, jefa de hogar o unida con el jefe de hogar). Para seleccionar los 4 participantes mencionados se utilizó una tabla de Kish modificada, excepto en la mujer unida que entró con probabilidad de uno. Es así como, de una muestra programada de 5052 viviendas se ingresó a 4470 viviendas obteniéndose una tasa de respuesta del 88,5%, estando la muestra final de adultos compuesta por 3893 encuestados.

2. Materiales:

Para construir los cuestionarios usados en el estudio original se seleccionaron instrumentos que sirvieron de base, creándose además reactivos sobre otros temas de investigación, para luego someter las preguntas a procesos de adaptación, validación de contenido y pruebas piloto. Dicho proceso se ha ido renovando en los sucesivos estudios epidemiológicos del INSM HD-HN, ya sea en el de Lima del 2002 como en los de Sierra y Selva del 2004 y 2005, respetivamente, agregándose el método de *focus group* con cada una de las unidades de análisis en el estudio de Pucallpa. Asimismo, se han ido introduciendo otros reactivos sobre aspectos de la salud mental siguiendo los mismos procedimientos mencionados. De esta manera, con los datos de los estudios epidemiológicos de Lima y de la Selva, se halló una confiabilidad (alpha de Chronbach $> 0,70$) y validez interna (una sola dimensión), favorables (101).

Instrumentos

Cuestionario sobre experiencias vinculadas a la violencia política. –

Fueron evaluadas en el estudio original mediante 9 preguntas que abarcaron lo concerniente a la afectación de un familiar, ya sea por pérdida o por hallarse detenido, sí como otros daños, pérdida de bienes y cambio de residencia (Anexo: tabla 1). También se halló una aceptable consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,733) (102).

Índice de calidad de vida de Mezzich. – La calidad de vida fue evaluada en el estudio original mediante el Índice de Calidad de Vida, el cual se trata de un cuestionario elaborado y validado por Mezzich y cols. en una versión española, compuesto de 10 ítems en la que el evaluado debe calificar del 1 al 10 su situación actual, siendo 10, excelente. El puntaje es obtenido mediante la media de las calificaciones obtenidas en cada ítem. Asimismo, ha sido validado en una muestra peruana, hallándose una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,867), así como cuatro factores mediante análisis factorial. No se aplicó alguna técnica de para evaluar invarianza que evidencie consistencia en la comparabilidad en los resultados de ambos sexos (16,102) Los aspectos que abarca el instrumento son el grado de autorrealización, la satisfacción con las condiciones personales, el desenvolvimiento de relación y ocupacional, y de satisfacción con el apoyo comunitario (tabla 2).

Ficha de datos sociodemográficos. – Un módulo de datos sociodemográficos generales recopiló la información concerniente a vivienda y datos demográficos (edad, sexo, lugar de nacimiento, lengua materna, grado de instrucción, residencias anteriores, idioma, estado civil, ocupación). Las preguntas se basaron en el cuestionario de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) realizada por el INEI en el año 2000 (103). Para la estimación de la pobreza se utilizó el método que toma en cuenta el número de necesidades básicas insatisfechas (NBI) (104). Por su parte otro módulo abordó temas de salud mental, cuya primera versión se basó en el que fue elaborado por la División de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud de Colombia, y adaptado localmente por Perales y cols (102).

3. Procedimientos:

El estudio original contó con personal entrevistador y supervisores de campo los cuales fueron profesionales psicólogos o trabajadores de alguna área de la salud con experiencia en trabajos de campo en hogares. Dicho personal recibió una capacitación técnica de 70 horas en conocimientos adecuados sobre la problemática de salud mental relacionada con el estudio, así como en la técnica de entrevista y de ensayos de campo. También se realizó una evaluación psicológica para verificar la idoneidad del personal participante en el trabajo de campo. Asimismo, se ejecutó una supervisión del trabajo durante el recojo de la información, así como también durante la verificación de la calidad de esta, ya sea a través de seguimientos presenciales, análisis de gabinete y análisis cuantitativos.

Tras las aprobaciones y permisos respectivos tanto por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), como por el INSM HD-HN, esta última institución facilitó la base de datos correspondiente a los aspectos sociodemográficos, a las experiencias vinculadas al terrorismo y a la CV. Dicha base de datos fue utilizada para realizar el respectivo análisis estadístico que aborde los objetivos planteados.

4. Consideraciones éticas:

El protocolo del estudio original fue aprobado tanto por el Comité de Investigación como por el Comité de Ética Institucional; asimismo, la encuesta requirió el consentimiento informado respectivo por parte de cada uno de los participantes. A pesar de que los objetivos planteados en el presente proyecto no estuvieron inmersos en el estudio original, la justificación para llevar a cabo el análisis secundario de los datos se dio por las siguientes razones basadas en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación relacionada con Seres Humanos de la OMS (PEIIRSSH) (105):

- a. Se usó información recolectada en el 2017 de un estudio epidemiológico de Ayacucho, Huaraz y Cajamarca, a quienes hubiera sido poco factible y muy costoso ubicarlos para obtener su consentimiento.
- b. Se espera un considerable impacto social de esta investigación, ya que se ha abordado dimensiones sobre la VP relacionadas con la salud mental positiva como es la CV, la misma que se haya ligada a la vida cotidiana, al bienestar social y cultural de las víctimas; esto permitirá la concientización y compromiso social y político por parte de la población en general y las autoridades respectivas, adoptándose conductas, actitudes e implementaciones pertinentes dirigidas a subsanar los daños perpetuados y/o prevenirlos. Asimismo, se enlaza con el sistema de reparaciones que la CVR recomendó de forma prioritaria, brindando oportunas actualizaciones y modificaciones.
- c. La investigación no implicó riesgo alguno para los participantes o grupo al que pertenece, ya que se trató de una base de datos totalmente anonimizada.

5. Análisis:

Se dispuso de la base de datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017, con lo que se determinó la CV de la población adulta. Los datos fueron ponderados a fin de representar la distribución poblacional en relación con edad y sexo. El análisis univariado se dio mediante el cálculo de cifras absolutas y relativas. Se usó el modelo lineal general para muestras complejas con el fin de relacionar la presencia de experiencias vinculadas a la VP con la CV en sus diferentes componentes, realizándose el respectivo análisis bivariado y posteriormente el análisis multivariado ajustado por: edad, sexo, estado civil, importancia que se da a dios, y presencia de trastorno mental, produciéndose un modelo ajustado con las variables sociodemográficas y otro ajustado con respecto a la presencia de un trastorno mental. La verificación de la asociación entre variables se realizó mediante el software SPSS versión 25, presentando los resultados mediante tablas de contingencia o tablas cruzadas. La significancia estadística se estableció con un valor de $p < 0,005$.

V. RESULTADOS:

La muestra final estuvo compuesta por 3749 adultos, de los cuales 2249 fueron mujeres (52,3%), 2499 (64,0%) tuvieron entre 18 a 44 años, 1157 (29,0%) eran convivientes, 2732 (73,4%) tuvieron como lengua materna el castellano, y 3417 (89,9%) consideró que dios era importante. Si bien 1286 adultos (37,1%) tenían un nivel educativo superior universitario, 741 (18,9%) tenían solo primaria o ninguno; asimismo, 2908 (78,2%) no era pobre, y 734 (19,2%) estaban la pobreza. Asimismo, la prevalencia de vida de trastorno mental estuvo presente en 1452 (37,9%) adultos. En todas las características sociodemográficas mencionadas hubo diferencias significativas en la media de los puntajes de CV; excepto en el nivel de pobreza (Anexos: Tabla 3). Por otro lado, 158 (4,9%) fueron víctimas de algún atentado vinculado al terrorismo, 637 (19,4%) tuvo algún familiar desaparecido o fallecido, y 857 (26,1%) presentó al menos una situación de pérdida material, en relación con la violencia en época del terrorismo (Anexos: Tabla 4).

Se halló menor puntaje promedio de CV de forma significativa en VVP de la población de estudio ($p < 0,001$). Dicha significancia se mantuvo tras ajuste por las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, importancia de dios) y la presencia de trastorno mental ($p < 0,001$). Se hallaron diferencias significativas en la media de los puntajes de CV en relación tanto con la desaparición ($p = 0,004$) como con la muerte de un familiar directo ($p = 0,002$), de igual manera ante algún familiar detenido ($p < 0,001$) o puesto en prisión ($p = 0,002$); aunque se mantuvieron diferencias significativas tras el ajuste por las variables sociodemográficas ante algún familiar detenido ($p < 0,001$) o puesto en prisión ($p = 0,003$), al agregarse al

ajuste de la presencia de trastorno mental, las diferencias significativas se mantuvieron solo ante el hecho de tener algún familiar detenido ($p=0,002$). La media de CV ante la variable totalizadora sobre la pérdida de algún familiar fallecido o detenido tuvo significancia estadística ($p<0,001$), la cual se mantuvo tras el ajuste de las variables sociodemográficas ($p<0,001$), mas no al agregar el ajuste de la presencia de trastorno mental ($p=0,005$).

Por su parte, se hallaron diferencias significativas en la media de los puntajes de CV, tanto en relación con el cambio de residencia ($p<0,001$) como con la pérdida de bienes materiales ($p<0,001$), las cuales se mantuvieron tras el ajuste por las variables sociodemográficas ($p<0,001$), e incluso al agregar el ajuste por la presencia de trastorno mental ($p<0,001$). La media de CV ante la variable totalizadora sobre el haber presentado alguna situación de pérdida material tuvo significancia estadística ($p<0,001$), la cual se mantuvo tras el ajuste de las variables sociodemográficas ($p<0,001$), y de la presencia de trastorno mental ($p<0,001$).

Asimismo, aunque se hallaron diferencias significativas en la media de los puntajes de CV, en relación con haber sido víctima de algún atentado vinculado al terrorismo ($p=0,003$), dicha significancia se perdió tras el ajuste por las variables sociodemográficas ($p=0,043$) (Anexos: Tabla 5).

En cuanto a los ítems de calidad de vida, se hallaron diferencias significativas en las medias de sus puntajes con relación a haber presentado alguna experiencia con la VP, manteniéndose tras el ajuste por las variables sociodemográficas y la presencia de trastorno mental ($p<0,003$); a excepción de los ítems correspondientes

al autocuidado, funcionamiento ocupacional y satisfacción espiritual (Anexos: Tabla 6).

VI. DISCUSIÓN:

La asociación entre la CV y el haber tenido alguna experiencia con el terrorismo por VP, constituye una contribución a la literatura que aborda dichas temáticas, ya que no se han realizado previamente estudios de este tipo en países que hayan pasado por acontecimientos de VP, además de que los indicadores utilizados abordan diversas experiencias relacionadas con la VP. Es así como, en la población estudiada, la CV se vinculó con ser varón casado menor de 45 años, hispanohablante con estudios superiores, no pobre, practicante religioso y sin algún trastorno mental. El 28,1 % de dicha población tuvo alguna experiencia con el terrorismo, cuya CV resultó significativamente menor, específicamente en relación con haber tenido un familiar detenido, haber cambiado de residencia y con haber presentado alguna pérdida material. Asimismo, todas las dimensiones de CV presentaron menor puntaje de forma significativa en las VVP; excepto en la autonomía, desenvolvimiento ocupacional y satisfacción espiritual. Es así como el ser VVP llegaría a alterar la CV de estas, incluso a largo plazo.

La violencia ha sido un tema difícil de incluir en el área correspondiente a la salud, siendo el sesgo biomédico una de las perspectivas reduccionistas con la que suele ser abordado. Esto pese a constituir un factor permanente en la historia humana, constituyendo un importante indicador social y de CV (106). De esta manera el estudio aborda la situación actual de aspectos que trascienden el ámbito clínico y que se relacionan con la situación de desarrollo, adaptación y superación

de las víctimas, ante un potencial entorno adverso debido a su condición. Esto enlaza con la actual necesidad de que las investigaciones en salud mental aborden la llamada valencia positiva de esta; es decir, se enfoquen en los aspectos de salud mental que contribuyen al bienestar y desarrollo de la persona en su comunidad (38,107). Asimismo, el estudio permite enfocarse en las secuelas de una etapa histórica de Perú, que aún sigue provocando controversias en lo que concierne a la interpretación de los hechos y las medidas para prevenir situaciones similares (81,108).

Con respecto a las experiencias de VP, los que presentaron al menos una de ellas resultó con menor CV de forma significativa, lo cual se enlaza con lo hallado por Fadilpašić S y cols. en víctimas residentes en Bosnia – Herzegovina, quienes tuvieron menor CV mientras más eventos traumáticos presentaban (17). La menor CV en quienes presentaron pérdida de bienes materiales por la VP (109) se enlaza con lo hallado por Castañeda J. y cols. en cuyo estudio la mayoría de las víctimas colombianas habían sido despojados de algún bien material (22), lo cual también fue manifestado por los líderes comunales de zonas colombianas que hubo violencia, en el estudio de Ortégón T. y cols (24). En el estudio de Pedersen D. y cols. las víctimas peruanas detallaron que las pérdidas materiales se dieron mayormente por la destrucción de viviendas, quema de cultivos y robo de ganado (3).

La menor CV en relación con desplazamiento de su residencia original (110) se vincularía con que casi la totalidad de las VPP de los estudios de Al-Smadi A. y cols. en Irak (18) y de Castañeda J. y cols. en Colombia (22), habían sido desplazados de su lugar de origen. En nuestro país, el desplazamiento interno

resultó en una masiva migración hacia zonas urbanas que significó diversos problemas socioeconómicos que siguen vigentes (2). También esto cobra una relevancia asociada a la memoria histórica y afectiva por parte de la población afectada, ya que ante los eventos de violencia vividos los residentes de zonas altoandinas tuvieron como primera reacción la huida a cuevas y otros lugares naturales, que implicaron diversas circunstancias adversas cuyo testimonio recoge el estudio de Pedersen D. y cols. (3).

Con respecto a la pérdida de un familiar, en Perú el hecho fue destacado en el estudio de Pedersen D. y cols., en el cual las víctimas expresaron que perder un familiar significó el peor evento traumático vivido y que más identificaban con el periodo de violencia (3). Asimismo, alguna de las variables sociodemográficas de las víctimas del presente estudio estaría relacionada a la pérdida de un familiar. Esto enlaza con el estudio de Ahmed H. y cols. con respecto al sexo de las víctimas, donde la CV de una población femenina iraquí se hallaba en relación con haber sido madres o esposas de un fallecido por la VP (19).

El nivel de CV asociado a aspectos sociodemográficos como la edad, el sexo y el nivel educativo fue también hallado por Lodhi F. y cols. en una población de VVP pakistaníes (97), siendo relevante el hallazgo de que las mujeres resultaron con menor CV, lo cual resalta la condición de género que aun determina el bienestar de la población (12,111,112). Al respecto, Ahmed H. y cols. hallaron en una población femenina iraquí residente de zona de conflicto, que la mayoría presentaba una moderada a baja CV(19).

Con respecto a los ítems de CV, los ámbitos correspondientes a los aspectos de autonomía y de funcionalidad no fueron significativamente menores en las VVP; justamente dichas dimensiones suelen ser las más altas en las VVP. Es así como, en las poblaciones de víctimas colombianas de los estudios de Vera W. y cols. así como de Ortégón T. y cols., la autodeterminación y las relaciones interpersonales resultaron ser los aspectos más altos que presentaban (23,24). También, las poblaciones víctimas del conflicto armado peruano de los estudios de Arenas E. y de Guillén H. dieron cuenta de la forma en que la templanza, el optimismo y el esfuerzo con proyección a futuro, permitieron la progresiva recuperación de las afecciones emocionales vividas (27,34). Esto se enlaza con el enfoque subjetivo e individual de la CV (94), así como de la capacidad de resiliencia y adaptaciones humanas que las víctimas han logrado aplicar (4,113–116), y que estaría desembocando en la iniciativa de tener un desarrollo personal con metas a mediano y largo plazo (117).

Otros ámbitos relacionados con la CV son los que conciernen a los aspectos externos a la persona y que repercuten en su bienestar, ya sea con el apoyo social y comunitario como con las circunstancias económicas y de empleo en que el que se halle (118). Ya el estudio de Fadilpašić S. y cols. halló que la CV de una población residente de la ex zona de guerra de Sarajevo, estaba en relación con el apoyo social percibido (17). Por su parte, el estudio de Vera W. y cols. en habitantes de un barrio de Medellín que fue escenario de hechos del conflicto armado halló que tanto la inclusión social como el bienestar material se hallaban en un grado de medio a bajo(23). Asimismo, estudios en poblaciones femeninas como el de Ahmed H. en iraquíes y de Romero-Jiménez M. en colombianos, dieron a conocer que tanto el

apoyo del entorno social como el nivel de las relaciones personales, se hallaban en un grado bajo (19,25).

En relación con el ámbito espiritual de la CV, aspectos socioculturales como el religioso habrían significado un factor de protección para la población, siendo algo que se relaciona con el aspecto de identidad personal con los valores de la sociedad, que comprende la CV (86,91). De esta manera, la población de Sarajevo del estudio de Fadilpašić S. y cols. tuvo una CV en correlación directa con el afrontamiento religioso que presentaba la comunidad (17). Asimismo, el estudio de Pedersen D. y cols. da cuenta del apoyo a nivel comunitario que tiene la población víctima del conflicto armado peruano, al compartir las creencias y prácticas religiosas con su comunidad (3).

La diferencia significativa de la CV entre los que presentaron alguna experiencia con la VP y los que no, varió al considerar la presencia de algún trastorno mental, tanto en relación con la desaparición o fallecimiento de algún familiar, como con la dimensión de satisfacción espiritual de la CV. Esto da cuenta de la vinculación que tiene la presencia de la patología mental con la CV, teniendo mayor relevancia la condición de VVP. Es así como los estudios de Mahamid y cols., Al-Smadi y cols. y de Fadilpasic y cols., dan cuenta de la relación inversa entre la CV y la sintomatología psiquiátrica de las víctimas como son la depresión, la ansiedad y la correspondientes a TEPT, respectivamente (17,18,20). Por su parte tanto Vera W. y cols. como Ortegón T.M. y cols. hallaron relación inversa entre la CV de las víctimas del conflicto armado colombiano y la sintomatología depresiva y ansiosa (23,24). En Perú, los estudios de Herrera-López V. y cols., y de Pedersen D. y cols., hallaron que la mayoría de las víctimas presentaron algún trastorno

mental (8), estando directamente relacionados con el grado de violencia vivido y de manera inversa con el apoyo social (3).

Un papel que cobra relevancia con la finalidad de enlazar y organizar los ámbitos de CV abordados es del rol político de la comunidad, de esta manera se enfatizan valores sociales como son la justicia y la dignidad que de manera subyacente permiten el desenvolvimiento del ser humano (119). Con estas consignas, en los estudios realizados en la población peruana, tanto en el de Rivera-Hoguin M y cols. como en el de Arenas E., se expresa la necesidad de una organización tanto de la misma comunidad con los lazos funcionales que correspondan, como de la sociedad y el Estado, con un sistema que compense los daños ocasionados, permitiendo el progreso de las víctimas (27,120).

El sistema de reparaciones por parte del Estado peruano se consolida en el PIR, el cual tiene como objetivos la restitución de los derechos de las víctimas con un adecuado acceso al sistema de justicia, así como la resolución de las probables secuelas producto de las violaciones a los derechos humanos y la reparación material y moral (85). Dichas reparaciones se han venido llevando a cabo con algunas dificultades debido en parte a la falta de voluntad política de las autoridades, y a la parcial aceptación y asimilación de la misma sociedad, expresándose así algún grado de incoherencia entre aspectos subjetivos de bienestar y progreso (31,121,122). A esto se suma la falta de actualización del estado de los aspectos concernientes a los objetivos de las reparaciones relacionados con el bienestar y CV de las víctimas, tomando en cuenta el tiempo transcurrido desde los sucesos de la violencia. Ante esto, el presente estudio busca aportar información relevante que permita la continuidad y optimización de dicho programa.

Los hallazgos expuestos deben considerarse asumiendo un potencial temor o estigmatización por parte de las personas investigadas hacia los temas de salud mental, llevando a que hayan respondido de forma negativa. También debe considerarse un posible sesgo de los investigados tanto por la perspectiva subjetiva, como por los recuerdos potencialmente afectados con respecto a los acontecimientos de una etapa culminada 17 años antes, estando relacionados el tiempo transcurrido y la corta edad de muchos de los participantes durante dicha etapa, sin descartar además una posible información que llegó a los participantes de forma inexacta o alterada. Asimismo, existen VVP en otras regiones del país a las que no pueden extrapolarse los resultados de este estudio por cuestiones multiculturales. Por último, algunas cuestiones exigen un mejor control de variables que potencialmente sesgan los resultados, como es la posición socioeconómica y la cohesión familiar. Sin embargo, los hallazgos llaman la atención sobre el estado de bienestar y su relación con la violencia política. El enfoque en la salud mental positiva permite mejorar las medidas de reparación pendientes abordando aspectos centrados en la persona, que trascienden el enfoque netamente clínico logrando mayor sensibilidad con las víctimas. Finalmente, se alientan estudios en otras poblaciones VVP además de constante actualización de los datos.

VII. CONCLUSIONES:

La CV de los pobladores residentes de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz durante los meses de setiembre a diciembre del 2017 fue mayor entre los que tenían menos de 45 años, eran varones, convivientes, con un nivel educativo superior, hispanohablantes, no eran pobres, daban importancia a la religión y no tenían algún trastorno mental. Asimismo, los que tuvieron alguna experiencia relacionada con la VP, presentaron de forma significativa una menor CV, principalmente ante la detención de algún familiar, el cambio de residencia o la pérdida de algún bien material; estando afectados el bienestar físico y psicológico, el funcionamiento interpersonal, el apoyo social y comunitario, la plenitud personal y la calidad de vida global.

Con los respectivos reparos socioculturales de cada localidad, los resultados de este estudio dan un panorama actual del bienestar y grado de desarrollo individual y colectivo en el que se hayan las personas que tuvieron alguna experiencia con actos terroristas producto de la VP ocurra en el Perú. Asimismo, el enfoque de la investigación trasciende el ámbito netamente clínico, abordando aspectos concernientes a la SMP que han sido poco desarrollados en las investigaciones sobre el tema.

Finalmente, los resultados de este estudio se ocupan de una temática pendiente, como es el abordaje cabal social y político que logre culminar con una etapa cuyas consecuencias aún son latentes. Es así como los ámbitos propios del

sistema de reparaciones estatales para con las víctimas se hayan inmersos en los hallazgos del estudio.

VIII. RECOMENDACIONES

Con lo hallado en el presente estudio, se propone que el sistema de reparaciones estatales para las víctimas aborde los diferentes ítems correspondientes a la CV, de esta forma logrará una perspectiva holística que permita una mejor identificación con la afectación de la víctima, por lo que el sistema de reparaciones debe mantener continuidad y vigencia, con una mejor aceptación e impulso por parte de la sociedad, priorizando a la población femenina, con bajos recursos socioeconómicos, bajo nivel educativo, que no tenga pareja, no considere importante la religión, o que tenga algún trastorno mental.

Asimismo, se considera que las medidas públicas concernientes a salud mental tengan una dirección hacia el bienestar y desarrollo de la persona, lo cual se halla inmerso en la valencia positiva de la salud mental, desenfocándose del tradicional perfil biomédico para llegar a la persona como miembro de una comunidad. También se propone que estas medidas prioricen a las poblaciones vulnerables que hayan experimentado algún evento relacionado con violencia, lo cual tiene vigencia en nuestra sociedad por los hechos sociales y políticos convulsos que se viven en la actualidad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. González S. El desplazamiento forzado interno. Una comparación entre Colombia y Perú. *Estudios Políticos (Medellín)*. 2018;(53):100–25.
2. Comisión de Entrega de la CVR. *Hatun Willakuy*. Lima; 2008.
3. Pedersen D, Tremblay J, Errázuriz C, Gamarra J. The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands. *Soc Sci Med*. 2008 Jul;67(2):205-17.
4. Meza A, Huamán E. Desarrollo y ciudadanía: la resiliencia de las comunidades rurales en Pasco y Huánuco post conflicto armado en el Perú. *Socialium*. 2020;4(1):34–49.
5. Oyola-García A, Medina-Osis J, Valdez-Huarcaya W, Berto-Gonzales M, Hernández-Vásquez A. Caracterización de la mortalidad por violencia en el Perú, 2005-2011. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2014;18(1):1-8.
6. Robin V., Delacroix D. Categorización étnica, conflicto armado interno y reparaciones simbólicas en el Perú post - Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR). *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. 2017.
7. Suarez EB. Two decades later: The resilience and post-traumatic responses of Indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Child Abuse Negl*. 2013;37(2–3):200–10.
8. Herrera-López V, Cruzado L. Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. *Rev Neuropsiquiatr* 77. 2014;77(3):144 159.
9. Castro E., David Y. Impacto psicosocial del conflicto armado en familias víctimas de la desaparición forzada. *UNIMAR*. 2018;36(1):12.
10. Canchari R. La mujer y el impacto diferenciado de la violencia en el contexto del conflicto armado interno peruano. *Instituto español de estudios estratégicos*. 2016; 62:827–38.
11. Tremblay J, Pedersen D EC. Assessing Mental Health Outcomes of Political Violence and Civil Unrest in Peru. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(5):449–63.
12. Suarez EB. The association between post-traumatic stress-related symptoms, resilience, current stress and past exposure to violence: A cross-sectional study of the survival of Quechua women in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Confl Health*. 2013;7(1):1–11.

13. Sousa C, Veronese G. "No Safe Place": Applying the Transactional Stress and Coping Model to Active Warfare. *Psychol Trauma*. 2021 Mar 22;14(4):558–67.
14. Cardona-Arias J, Higueta-Gutiérrez L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cub Salud Publica*. 2014;40(2):175–89.
15. Aguirre Briñez AB, Botina Papamija N, Botero YA. Representaciones sociales en víctimas de la violencia por conflicto armado. *Revista Criterio Libre Jurídico*. 2018;15(1): e-5475.
16. Robles Y, Saavedra JE., Mezzich J, Sanes Y, Padilla M, Mejía O. Índice de Calidad de Vida: Validación en una Muestra Peruana. Informe Final de Investigación. Ministerio de Salud (MINSA), editor. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"; 2013.
17. Fadilpašić S, Maleč D, Džubur-Kulenović A. Relationship of religiousness and religious coping with quality of life among war trauma survivors. *Psychiatr Danub*. 2017;29(3):291–301.
18. Al-Smadi AM, Tawalbeh LI, Gammoh OS, Ashour AF, Alshraifeen A, Gougazeh YM. Anxiety, stress, and quality of life among Iraqi refugees in Jordan: A cross-sectional survey. *Nurs Health Sci*. 2017;19(1):100–4.
19. Ahmed HM. Quality of life of women from families of martyred individuals in the Kurdistan region of Iraq as a conflict area in the Middle East. *BMC Int Health Hum Rights*. 2020;20(1):1–6.
20. Mahamid F, Veronese G, Bdier D. War-related quality of life is associated with depressive symptoms and hopelessness among Palestinians: sense of belonging and resilience as mediating variables. *Global Mental Health*. 2022; 9:483–90.
21. Lodhi FS, Montazeri A, Nedjat S, Mahmoodi M, Farooq U, Yaseri M, et al. Assessing the quality of life among Pakistani general population and their associated factors by using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF): A population based cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):1–17.
22. Castañeda J, Camargo J, López W. Calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado en Colombia. *Psicología desde el Caribe*. 2019;36(2):132–48.
23. Vera W, Lemos M, Vásquez A. Salud mental y calidad de vida en habitantes del barrio La Cruz, Medellín-Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 2020;11(2):505.
24. Ortegón TM, Vinaccia S, Quiceno JM, Capira A, Cerra D, Bernal S. Apoyo social, resiliencia, estrés percibido, estrés postraumático, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en líderes comunitarios víctimas del conflicto armado en los Montes de María, Sucre, Colombia. *Eleuthera*. 2022;24(1):158–78.

25. Romero-Jiménez ML, Cocunubo-Valbuena JF. Calidad de Vida en Mujeres Víctimas del Conflicto Armado entre 2019 y 2020. *LOGINN Investigación Científica y Tecnológica*. 2021;5(1).
26. Pedersen D, Kienzler H, Gamarra J. Llaki and Ñakary: Idioms of distress and suffering among the highland Quechua in the Peruvian Andes. *Cult Med Psychiatry*. 2010;34(2):279–300.
27. Arenas E. Indicadores de cambio en salud mental comunitaria de una población afectada por conflicto armado interno en Apurímac [Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Comunitaria]. Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents. PUCP; 2016.
28. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017- Replicación. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2020; XXXVI (1).
29. Laplante L., Rivera-Holguín M. The Peruvian Truth Commission's Mental Health Reparations: Empowering Survivors of Political Violence to Impact Public Health Policy. *Health Hum Rights*. 2006;9(2):136–63.
30. Henríquez N. Vida Cotidiana En Tiempos De Guerra Y De Reparaciones En El Perú. *Contextualizaciones Latinoamericanas*. 2014;6(11):1–13.
31. Rubio S. La reparación a las víctimas del conflicto armado en Perú: La Voz de las Víctimas. Instituto de Defensa Legal; 2013. p. 1–78.
32. Rivera-Holguín M, Pérez-Sales P, Hildenbrand A, Custodio E, Vargas G, Baca N, Corveleyn J, De Haene L. Psychosocial and community assessment of relatives of victims of extra-judicial killings in Peru: Informing international courts. *Torture*. 2019;29(1):16-35.
33. Borda JP, Carrillo JO, Garzón DF, Ramírez MP, Rodríguez N. Historical trauma. Systematic review of a different approach to armed conflict. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44(1):41–9.
34. Guillén H, Cueto RM. Bienestar, valores y clima emocional en personas expuestas a procesos de violencia política en Ayacucho, Perú. *Psykhé*. 2017;26(2):1–16.
35. Tejero L. La víctima como sujeto político. Una aproximación antropológica al movimiento de víctimas y afectados por el conflicto armado interno peruano. *Rev Antopol Soc*. 2020;29(2):229–44.
36. Corzo PA. Psiquiatría y biopolítica en el escenario de la guerra: comprender el conflicto para construir el post conflicto. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(4):262–7.
37. Kirmayer LJ, Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(6):759–76.
38. Saavedra JE, Cruz V, Mezzich JE. Person centered care and Economic Deprivation: an epidemiological view of positive mental health in a less-developed country. *The International Journal of Person-Centered Medicine*. 2011;1(1):62–75.

39. Park CL. Integrating positive psychology into health-related quality of life research. Vol. 24, *Quality of Life Research*. Kluwer Academic Publishers; 2015. p. 1645–51.
40. Orr Z, Unger S. Structural Competency in Conflict Zones: Challenging Depoliticization in Israel. *Policy Polit Nurs Pract*. 2020;21(4):202–12.
41. Kohrt BA, Carruth L. Syndemic effects in complex humanitarian emergencies: A framework for understanding political violence and improving multi-morbidity health outcomes. *Soc Sci Med*. 2022;295 (September 2020):113378.
42. Arciniegas G, Pérez DL. Psicología y posconflicto colombiano, una mirada retrospectiva basada en los aportes en investigación científica. *Revista de Paz y Conflictos* [Internet]. 2019;12(1):265–84. Available from: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/revpaz/article/view/8609/7957>
43. Cardozo AA, Cortés-Peña OF, Castro Monsalvo M. Relaciones funcionales entre salud mental y capital social en víctimas del conflicto armado y personas en situación de pobreza. *Interdisciplinaria*. 2017;34(2):235–57.
44. Arias MA. Bienestar psicológico en víctimas del conflicto armado en Colombia: una revisión de la literatura. Universidad Cooperativa de Colombia; 2017.
45. Uphof E, Robertson L, Cabieses B, Villalón F, Purgato M, Churchill R, et al. An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; Art. No.:(9):1–23.
46. Sousa CA. Political violence, collective functioning and health: A review of the literature. *Med Confl Surviv*. 2013;29(3):169–97.
47. Miller KE, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(2):129–38.
48. Jain S, Cohen AK. Fostering Resilience Among Urban Youth Exposed to Violence: A Promising Area for Interdisciplinary Research and Practice. *Health Education and Behavior*. 2013;40(6):651–62.
49. Zheng S, He A, Yu Y, Jiang L, Liang J, Wang P. Research trends and hotspots of health-related quality of life: a bibliometric analysis from 2000 to 2019. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):1–13.
50. OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: OMS; 2002.
51. Balcells L. Political Violence: An institutional approach. In: Jennifer Gandhi RR, editor. *Routledge Handbook of Comparative Political Institutions*. Oxon; New York: Routledge; 2015.
52. Aróstegui J. Violencia, sociedad y política: la definición de la violencia. *AYER*. 1994; 13:17–55.

53. CICR. Derecho Internacional Humanitario. Respuestas a sus preguntas. Ginebra, Suiza: CICR; 2015.
54. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe sobre terrorismo y derechos humanos. Washington, D.C.; 2002. (L). Report No.: V/II.116.
55. Bregaglio R. ¿Terrorismo o conflicto armado? Instituto de Democracia de Derechos Humanos. 2013.
56. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med*. 2002; *Social Sci (55)*:175–90.
57. Ginges J. The Moral Logic of Political Violence. *Trends Cogn Sci*. 2019;23(1):1–3.
58. Cudris-Torres L, Pumarejo-Sánchez J, Barrios-Núñez Á, Bahamón MJ, Alarcón-Vásquez Y, Uribe I. Afectaciones psicológicas en víctimas del conflicto armado. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2019;38(5).
59. Mataria A, Giacaman R, Stefanini A, Naidoo N, Kowal P, Chatterji S. The quality of life of Palestinians living in chronic conflict: Assessment and determinants. *European Journal of Health Economics*. 2009;10(1):93–101.
60. Saldarriaga S, Mestre AG, Arturo W, Lizaeazo W, Rudas MM, Fernando O. Revisión sistemática de la huella psicológica en mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia [Tesis de Maestría]. [Santa Marta]: Universidad del Magdalena; 2021.
61. Matos Quesada JC. La víctima y su tutela en el sistema jurídico penal peruano: fundamentos victimológicos. Lima, Perú: Grijley; 2016.
62. Nuttman-Shwartz O, Shoval-Zuckerman Y. Continuous Traumatic Situations in the Face of Ongoing Political Violence: The Relationship Between CTS and PTSD. *Trauma Violence Abuse*. 2016;17(5):562–70.
63. Saxon L, Makhshvili N, Chikovani I, Seguin M, McKee M, Patel V, et al. Coping strategies and mental health outcomes of conflict-affected persons in the Republic of Georgia. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(3):276–86.
64. Barber BK, McNeely C, Olsen JA, Belli RF, Doty SB. Long-term exposure to political violence: The particular injury of persistent humiliation. *Soc Sci Med*. 2016; 156: 154–66.
65. Barchelot Aceros LJ, Galvan G, Pabón-Poches DK, Vasquez de la Hoz F, Ramírez Bustos PE, Guerrero Martelo MF, et al. Situaciones traumáticas en víctimas de desplazamiento forzado en Colombia con diagnóstico de TEPT: inicio, tipos, frecuencias, gravedad e impacto. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021 Oct 6.
66. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA, et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*. 2021;397(10273):522–32.

67. Zamora-Moncayo E, Burgess RA, Fonseca L, González-Gort M, Kakuma R. Gender, mental health and resilience in armed conflict: Listening to life stories of internally displaced women in Colombia. *BMJ Glob Health*. 2021;6(10):1–13.
68. Amodu OC, Richter MS, Salami BO. A scoping review of the health of conflict-induced internally displaced women in Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4).
69. Tamayo Acevedo MI, Tamayo Acevedo LS, Tamayo Acevedo LE. La violencia se vive de miles maneras: Voces de mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado del Carmen de Bolívar - Región Caribe, Colombia, 2018-2019. *Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas*. 2019; XXVI (51):9–34.
70. Moshinsky M. Descripción de las Estrategias de Afrontamiento en Mujeres Víctimas del Conflicto Armado. *Nucl Phys*. 2018;13(1):104–16.
71. Al-Nuaimi MA. Community violence and mental health among Iraqi women, a population-based study. *Qatar Med J*. 2013;2013(2):20–8.
72. Wagner G, Glick P, Khammash U, Shaheen M, Brown R, Goutam P, et al. Exposure to violence and its relationship to mental health among young people in Palestine. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;26(2):189–97.
73. Jaimes MC, Galvis LN, Cauca S. Mujeres sobrevivientes del conflicto armado y reconstrucción del tejido social: una mirada desde el enfoque de las capacidades humanas. *Revista Perspectivas*. 2019 Sep 3;4(1):32–8.
74. Santaella-Tenorio J, Bonilla-Escobar FJ, Nieto-Gil L, Fandinó-Losada A, Gutiérrez-Martínez MI, Bass J, et al. Mental health and psychosocial problems and needs of violence survivors in the Colombian Pacific Coast: A qualitative study in Buenaventura and Quibdó. *Prehosp Disaster Med*. 2018;33(6):567–74.
75. Tamayo N, Rincón CJ, de Santacruz C, Bautista N, Collazos J, Gómez–Restrepo C. Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(S 1):113–8.
76. Ruscheinsky A, Baltazar EN. Los desplazamientos forzados como riesgos sociales asociados a las condiciones de la violencia política en Colombia. *Sociologias*. 2013 dic, 15(34): 156-184.
77. León-Giraldo S, Casas G, Cuervo-Sánchez JS, García T, González-Uribe C, Moreno-Serra R, et al. Trastornos de salud mental en población desplazada por el conflicto en Colombia: análisis comparado frente a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021 jul, 52 (2): 121-129.
78. Guevara DG. Inclusión social de víctimas del conflicto armado, un reto para los programas locales: estudio de caso Guasca, Cundinamarca [Tesis/Trabajo de grado - Monografía - Maestría]. Pontificia Universidad Javeriana; 2019.

79. Owoaje E, Uchendu O, Ajayi T, Cadmus E. A review of the health problems of the internally displaced persons in Africa. *Niger Postgrad Med J*. 2016;23(4):161.
80. Ekezie W, Timmons S, Myles P, Siebert P, Bains M, Pritchard C. An audit of healthcare provision in internally displaced population camps in Nigeria. *J Public Health (Oxf)*. 2019 Sep 30;41(3):583–92.
81. Taberner LT. “Nosotros, las víctimas”: violencia, justicia transicional y subjetividades políticas en el contexto peruano de recuperación posconflicto. *Papeles del CEIC*. 2014;2014(1):1–32.
82. Barreto M. Pensar la paz y la reconciliación en Colombia desde la experiencia de Perú: lecciones a partir del análisis de la comisión de la verdad y reconciliación. *Análisis Político*. 2017; 90:154–74.
83. Romero Acosta, Kelly Carolina; Contreras Banques EM. Revisión Teórica Sobre El Postconflicto: Una Oportunidad Para Empoderar a Mujeres Víctimas De Desplazamiento. *Cultura Educación y ociedad*. 2015;6(1):79–92.
84. Ley n° 28592: ley que crea el plan integral de reparaciones (PIR). *El Peruano*. 2005 jul;297798–9.
85. Reglamento de la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones. *El Peruano*. 2005 jul;323063–73.
86. Gómez M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 2000.
87. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016;34(7):645–9.
88. Angell B, Muhunthan J, Eades AM, Cunningham J, Garvey G, Cass A, et al. The health-related quality of life of Indigenous populations: a global systematic review. *Quality of Life Research*. 2016;25(9):2161–78.
89. Yin S, Njai R, Barker L, Siegel PZ, Liao Y. Summarizing health-related quality of life (HRQOL): Development and testing of a one-factor model. *Popul Health Metr*. 2016;14(1):1–9.
90. Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Yoon G, Liu J, Mahmud S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis*. 2000 May;188(5):301-5.
91. Delgado P, Salcedo T. Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. *La Sociología en sus escenarios*. 2008; 17:1–33.
92. Verdugo Alonso MÁ, Arias Martínez B, Gímez Sánchez LE, Schallock RL. Escala GENCAT. Manual de aplicación de la escala GENCAT de calidad de vida. Logístiques ÀS, editor. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.

93. Matanov A, Giacco D, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, et al. Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health*. 2013;13(1).
94. Ferrans C. Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1996;10(3):293–304.
95. Hagell P, Westergren A. The significance of importance: An evaluation of Ferrans and Powers' quality of life index. *Quality of Life Research*. 2006;15(5):867–76.
96. Janković SM, Bogavac-Stanojević N, Mikulić I, Izetbegović S, Iličković I, Krajnović D, et al. A questionnaire for rating health-related quality of life. *Slovenian Journal of Public Health*. 2021;60(4):260–8.
97. Edwards MK, Loprinzi PD. Psycho-Socioeconomic bio-behavioral influences on health related quality of life. *Health Promot Perspect*. 2017 Jun 14;7(3):124–7.
98. Lapin BR. Considerations for Reporting and Reviewing Studies Including Health-Related Quality of Life. *Chest*. 2020;158(1): S49–56.
99. Alonso J cols. Versión española de SF-36. *Health Survey*. 2003;(2):1–8.
100. Lorente E, Ibáñez I, Moro M. Índice de Calidad de Vida: estandarización y características en una muestra española. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2002;2(2):40–50.
101. Instituto Nacional de Salud Mental. “Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana.” In: *Anales de Salud Mental*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”; 2009.
102. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de la Sierra Rural - 2008 y del Trapecio Andino 2010 - Ciudad de Abancay. Informe final de investigación. 2018.
103. INEI. Encuesta Nacional de Hogares 2000 IV Trimestre. Condiciones de Vida y Pobreza. Manual de la Encuestadora. ENDES. Lima, Perú; 2000. (DOC.ENAHO 08.01).
104. Feres JC, Mancero J. Enfoques para la medición de la pobreza: breve recisión de la literatura. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2001.
105. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Cuarta Edi. Ginebra, Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.
106. De Souza C. Relaciones entre Procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida Relationship between Social Processes, Violence and Quality of Life. 2005;1(1):69–78.

107. Muñoz CO, Restrepo D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica Pan American Journal of Public Health*. 2016;39(5):166–73.
108. Gurmendi A. Conflicto armado en el Perú. La época del terrorismo bajo el derecho internacional. Lima: Universidad del Pacífico. 2020.
109. Moyano ME. Análisis de los efectos psicosociales de la violencia política en tres distritos del departamento de Huancavelica con distintos niveles de afectación [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Social]. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). PUCP; 2009.
110. Singh NS, Bass J, Sumbadze N, Rebok G, Perrin P, Paichadze N, et al. Identifying mental health problems and Idioms of distress among older adult internally displaced persons in Georgia. *Soc Sci Med*. 2018 Aug 1; 211:39–47.
111. Espinoza EC, Rivera-Holguín M, Pacheco MS, Sotelo EA, Béjar PU. Womens Participation in a Postconflict Community in Peru. *J Prev Interv Community*. 2015;43(4):279–90.
112. Velázquez T, Fernández A. Conceptions about Social Violence and Violence Against Women: Community Participatory Diagnosis at Manchay, Lima. *J Prev Interv Community*. 2015;43(4):252–65.
113. Thabet AAM. Trauma, Mental Health, Coping, Resilience, and Post Traumatic Growth (PG)-Palestinian Experience. *JOJ Nursing & Health Care*. 2017;2(2):1–10.
114. Baldovino ÁY, Buelvas AD, Rivero MC. Resiliencia en Jóvenes Víctimas del Conflicto Armado en el Corregimiento de Pichilín - Morroa [Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de profesional en Trabajo Social]. Corporación Universitaria del Caribe - CECAR; 2022.
115. Sousa CA, Haj-Yahia MM, Feldman G, Lee J. Individual and Collective Dimensions of Resilience Within Political Violence. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(3):235–54.
116. Ramírez NH, Juárez F, Baños AJP, Luzardo JG, Chávez YMR, Castilla AMS, et al. Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*. 2016;25(1):125–40.
117. Mousa Almatar N, Jayawickreme N, Foote WG, Demaske A, Jayawickreme E. Examining associations between personal growth initiative and subjective trajectories of life satisfaction among survivors of ethno-political violence in Rwanda and Sri Lanka. *Appl Psychol Health Well Being*. 2023 May;15(2):499-515.
118. Costanza R, Fisher B, Ali S, Beer C, Bond L, Boumans R, et al. Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*. 2007;61(2–3):267–76.

119. Barber BK, Spellings C, McNeely C, Page PD, Giacaman R, Arafat C, et al. Politics drives human functioning, dignity, and quality of life. *Soc Sci Med*. 2014; 122:90–102.
120. Rivera-Holguin M, Velazquez T, Custodio E, Corveleyn J. Improving community mental health services for people affected by political violence in Ayacucho, Perú. *J Prev Interv Community*. 2018;46(1):100–12.
121. Ramírez IA. Recibir la reparación. Aproximación a dos organizaciones de desplazados del conflicto armado interno en Lima y su acceso a reparaciones colectivas. *Anthropologica*. 2018;36(41):93–114.
122. Arévalo L. Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. *Revista de Estudios Sociales*. 2010;(36):29–39.

X. ANEXOS:

Tabla 1. Cuestionario sobre experiencias con la violencia política.

LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA VIOLENCIA QUE VIVIÓ EL PAÍS EN LA ÉPOCA DEL TERRORISMO:			
	SÍ	NO	NA
a. ¿Perdió (muerte) a un familiar directo (padres, esposo(a), hijos(as) en algún acto de violencia?	1	0	2
b. ¿Perdió (muerte) a algún otro familiar en algún acto de violencia?	1	0	2
c. ¿Tuvo o tiene algún familiar desaparecido durante el período de violencia?	1	0	2
d. ¿Ha presenciado la muerte violenta de alguna persona en alguna situación vinculada al terrorismo?	1	0	2
e. ¿Tuvo algún familiar detenido con relación a la violencia?	1	0	2
f. ¿Tuvo algún familiar en prisión por efecto de la violencia?	1	0	2
g. ¿Perdió gran parte de sus bienes por efecto de la violencia?	1	0	2
h. ¿Tuvo que cambiar de lugar de residencia por la violencia?	1	0	2
i. ¿Fue usted víctima de algún atentado vinculado al terrorismo	1	0	2

Tabla 2: Índice de Calidad de Vida de Mezzich.

CALIFIQUE DE 1 A 10 CADA AREA DE SU VIDA, SEGÚN CORRESPONDA	
Bienestar físico, es decir, sentirse con energía, sin dolores, ni problemas físicos	
Bienestar psicológico o emocional, es decir, sentirse bien y satisfecho(a) consigo mismo(a)	
Autocuidado y funcionamiento independiente, es decir, cuidar bien de su persona (por ejemplo, poder alimentarse y asearse solo(a)), tomar sus propias decisiones	
Funcionamiento ocupacional, es decir, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, actividades de estudio y/o actividades del hogar	
Funcionamiento interpersonal, es decir, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos	
Apoyo social – emocional, es decir, tener personas en quienes confiar y que le proporcionen ayuda y apoyo emocional	
Apoyo comunitario y de servicios es decir contar con buenos vecinos, disponer de ayuda económica o financiera y de otros servicios como, por ejemplo: ayudarse en situaciones difíciles con polladas, colectas, etc.	
Plenitud personal, es decir, estar cumpliendo con lo que te has propuesto en tu vida. Sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes	
Satisfacción espiritual, es decir, haber desarrollado una actitud espiritual hacia la vida más allá de lo material y estar en paz interior consigo mismo(a) y con las demás personas	
Calidad de vida global, es decir, sentirse satisfecho(a), (contento) y feliz con su vida en general	

Tabla 3. Características de la muestra y asociación entre Calidad de vida, datos sociodemográficos y otros en ciudades de la sierra peruana

Variables Sociodemográficas	n	%	Calidad de Vida Media (IC95%)	E.R.M.	Estadístico p valor
Muestra	3749	100			
Edad (años)					
<i>De 18 a 44</i>	2499	64,0	7,93 (7,88 - 7,98)	0,3%	
<i>De 45 a 59</i>	701	22,2	7,69 (7,60 - 7,77)	0,6%	<0,001
<i>De 60 a más</i>	549	13,8	7,23 (7,11 - 7,34)	0,8%	
Sexo					
<i>Masculino</i>	1502	47,7	7,86 (7,79 - 7,92)	0,4%	
<i>Femenino</i>	2249	52,3	7,71 (7,65 - 7,77)	0,4%	<0,001
Estado Civil					
<i>Conviviente</i>	1157	29,0	7,92 (7,85 - 7,99)	0,4%	
<i>Casado</i>	990	29,6	7,76 (7,68 - 7,84)	0,5%	
<i>Soltero</i>	930	28,0	7,83 (7,75 - 7,92)	0,6%	<0,001
<i>Separado/Divorciado/viudo</i>	672	13,3	7,41 (7,30 - 7,52)	0,8%	
Nivel Educativo					
<i>Sin nivel a Primaria</i>	741	18,9	7,32 (7,23 - 7,42)	0,7%	
<i>Secundaria (incl. Bach)</i>	1138	29,2	7,80 (7,72 - 7,87)	0,5%	
<i>Sup. No Univ.</i>	584	14,8	7,94 (7,84 - 8,02)	0,6%	<0,001
<i>Sup. Univ. (incl posgrado)</i>	1286	37,1	7,94 (7,86 - 8,01)	0,5%	
Lengua Materna					
<i>Castellano</i>	2732	73,4	7,87 (7,83 - 7,92)	0,3%	
<i>Quechua o Aymara</i>	1017	26,6	7,52 (7,44 - 7,60)	0,6%	<0,001
Nivel de Pobreza					
<i>Pobre extremo</i>	107	2,7	7,59 (7,38 - 7,80)	1,4%	
<i>Pobre</i>	734	19,2	7,76 (7,67 - 7,86)	0,6%	0,190
<i>No Pobre</i>	2908	78,2	7,79 (7,74 - 7,83)	0,3%	
Religión (Dios Es bastante o muy importante)					
<i>No</i>	332	10,1	7,43 (7,29 - 7,58)	1,0%	
<i>Si</i>	3417	89,9	7,82 (7,78 - 7,86)	0,3%	<0,001
Prevalencia de vida de trastornos mentales					
<i>No</i>	2297	62,1	7,96 (7,91 - 8,01)	0,3%	<0,001
<i>Si</i>	1452	37,9	7,49 (7,41 - 7,56)	0,5%	

Tabla 4. Experiencias durante la época del terrorismo en ciudades de la sierra peruana

Experiencia de Violencia Política	n=3749	%
Perdió (muerte) a un familiar directo (padres, esposo(a), hijos(as) en algún acto de violencia		
<i>Si</i>	168	4,8
<i>No</i>	3581	95,2
Perdió (muerte) a algún otro familiar en algún acto de violencia		
<i>Si</i>	483	15,1
<i>No</i>	3266	84,9
Tuvo o tiene algún familiar desaparecido durante el período de violencia		
<i>Si</i>	294	8,6
<i>No</i>	3455	91,4
Ha presenciado la muerte violenta de alguna persona en alguna situación vinculada al terrorismo		
<i>Si</i>	232	7,4
<i>No</i>	3517	92,6
Tuvo algún familiar detenido con relación a la violencia		
<i>Si</i>	229	6,9
<i>No</i>	3520	93,1
Tuvo algún familiar en prisión por efecto de la violencia		
<i>Si</i>	125	3,9
<i>No</i>	3624	96,1
Perdió gran parte de sus bienes por efecto de la violencia		
<i>Si</i>	316	9,9
<i>No</i>	3433	90,1
Tuvo que cambiar de lugar de residencia por la violencia		
<i>Si</i>	389	12,1
<i>No</i>	3360	87,9
Fue usted víctima de algún atentado vinculado al terrorismo		
<i>Si</i>	158	4,9
<i>No</i>	3591	95,1
Algún Familiar Fallecido o desaparecido		
<i>Si</i>	637	19,4
<i>No</i>	3112	80,6
Al menos una situación de pérdida material		
<i>Si</i>	857	26,1
<i>No</i>	2892	73,9
Al menos alguna experiencia		
<i>Si</i>	922	28,1
<i>No</i>	2827	71,9

Tabla 5. Asociación entre experiencias de la época del terrorismo y calidad de vida en ciudades de la sierra peruana

Factores		Análisis Bivariado		Análisis Multivariado			
		Media (IC95%)	p valor	Modelo 1 *		Modelo 2**	
		Media (IC95%)	p valor	Media (IC95%)	p valor	Media (IC95%)	p valor
Perdió (muerte) a un familiar directo (padres, esposo(a), hijos(as) en algún acto de violencia	Si	7,45 (7,24 – 7,67)	0,002	7,17 (6,96 – 7,38)	0,016	7,23 (7,02 – 7,43)	0,112
	No	7,80 (7,75 – 7,84)		7,42 (7,34 – 7,51)		7,39 (7,31 – 7,48)	
Perdió (muerte) a algún otro familiar en algún acto de violencia	Si	7,63 (7,52 – 7,75)	0,008	7,29 (7,15 – 7,42)	0,021	7,30 (7,16 – 7,43)	0,092
	No	7,81 (7,76 – 7,85)		7,43 (7,35 – 7,52)		7,40 (7,32 – 7,48)	
Tuvo o tiene algún familiar desaparecido durante el período de violencia	Si	7,56 (7,40 – 7,72)	0,004	7,24 (7,07 – 7,40)	0,018	7,27 (7,11 – 7,43)	0,092
	No	7,80 (7,76 – 7,85)		7,43 (7,34 – 7,51)		7,40 (7,32 – 7,49)	
Ha presenciado la muerte violenta de alguna persona en alguna situación vinculada al terrorismo	Si	7,55 (7,38 – 7,72)	0,005	7,25 (7,08 – 7,43)	0,044	7,33 (7,16 – 7,50)	0,499
	No	7,80 (7,56 – 7,84)		7,42 (7,34 – 7,51)		7,39 (7,31 – 7,47)	
Tuvo algún familiar detenido con relación a la violencia	Si	7,41 (7,23 – 7,60)	<0,001	7,08 (6,88 – 7,27)	<0,001	7,11 (6,91 – 7,30)	0,002
	No	7,81 (7,76 – 7,85)		7,44 (7,35 – 7,52)		7,41 (7,33 – 7,49)	
Tuvo algún familiar en prisión por efecto de la violencia	Si	7,42 (7,18 – 7,66)	0,002	7,06 (6,82 – 7,31)	0,003	7,07 (6,82 – 7,31)	0,006
	No	7,80 (7,75 – 7,84)		7,42 (7,34 – 7,50)		7,40 (7,32 – 7,48)	
Perdió gran parte de sus bienes por efecto de la violencia	Si	7,44 (7,30 – 7,59)	<0,001	7,10 (6,94 – 7,26)	<0,001	7,15 (7,00 – 7,31)	<0,001
	No	7,82 (7,77 – 7,86)		7,44 (7,36 – 7,53)		7,41 (7,33 – 7,49)	
Tuvo que cambiar de lugar de residencia por la violencia	Si	7,46 (7,34 – 7,59)	<0,001	7,13 (6,99 – 7,26)	<0,001	7,16 (7,02 – 7,29)	<0,001
	No	7,82 (7,78 – 7,87)		7,46 (7,38 – 7,54)		7,43 (7,34 – 7,51)	
	Si	7,49	0,003	7,21	0,043	7,28	0,273

Fue usted víctima de algún atentado vinculado al terrorismo	No	(7,28 – 7,69) 7,80 (7,75 – 7,84)		(6,99 – 7,42) 7,42 (7,34 – 7,50)		(7,06 – 7,49) 7,39 (7,31 – 7,47)	
Al menos una situación de pérdida material	Si	7,52 (7,42 - 7,61)	<0,001	7,19 (7,07 – 7,30)	<0,001	7,21 (7,10 – 7,32)	<0,001
	No	7,87 (7,83 - 7,92)		7,51 (7,42 – 7,59)		7,46 (7,38 – 7,55)	
Algún Familiar Fallecido o desaparecido	Si	7,58 (7,47 - 7,69)	<0,001	7,24 (7,11 – 7,36)	< 0,001	7,26 (7,14 – 7,38)	0,005
	No	7,83 (7,78 - 7,87)		7,46 (7,37 – 7,54)		7,42 (7,34 – 7,50)	
Algún tipo de experiencia por violencia política	Si	7,52 (7,43 - 7,61)	<0,001	7,19 (7,08 – 7,30)	< 0,001	7,22 (7,11 – 7,32)	<0,001
	No	7,88 (7,84 - 7,93)		7,51 (7,43 – 7,60)		7,47 (7,39 – 7,56)	

* Ajustado por: Edad, sexo, estado civil, Dios es bastante importante

** Ajustado por: Edad, sexo, estado civil, Dios es bastante importante, presencia de trastorno mental

Tabla 6, Asociación entre las dimensiones de calidad de vida y experiencias por violencia política en ciudades de la sierra peruana

Calidad de Vida	Al menos alguna experiencia por la violencia política								
	Análisis Bivariado			Análisis multivariado					
				Modelo 1*			Modelo 2**		
	SI	No	P valor	SI	No	P valor	SI	No	P valor
Media (IC95%)	Media (IC95%)		Media (IC95%)	Media (IC95%)		Media (IC95%)	Media (IC95%)		
Bienestar físico	7,14 (7,02 - 7,26)	7,67 (7,60 - 7,74)	<0,001	6,78 (6,63 - 6,92)	7,21 (7,09 - 7,33)	<0,001	6,80 (6,66 - 6,94)	7,15 (7,03 - 7,27)	<0,001
Bienestar psicológico	7,41 (7,29 - 7,53)	7,88 (7,82 - 7,95)	<0,001	7,12 (6,98 - 7,27)	7,52 (7,40 - 7,64)	<0,001	7,15 (7,01 - 7,29)	7,45 (7,33 - 7,57)	<0,001
Autocuidado y autofinanciamiento	8,11 (7,99 - 8,23)	8,35 (8,29 - 8,41)	<0,001	7,78 (7,63 - 7,93)	7,92 (7,80 - 8,05)	0,031	7,79 (7,64 - 7,94)	7,88 (7,76 - 8,01)	0,160
Funcionamiento Ocupacional	8,05 (7,93 - 8,17)	8,29 (8,23 - 8,35)	<0,001	7,74 (7,58 - 7,90)	7,88 (7,75 - 8,01)	0,029	7,75 (7,60 - 7,91)	7,85 (7,72 - 7,98)	0,125
Funcionamiento Interpersonal	7,66 (7,54 - 7,78)	7,99 (7,93 - 8,05)	<0,001	7,39 (7,24 - 7,53)	7,65 (7,54 - 7,76)	<0,001	7,40 (7,26 - 7,54)	7,61 (7,50 - 7,71)	0,002
Apoyo social	7,28 (7,15 - 7,40)	7,71 (7,64 - 7,77)	<0,001	7,00 (6,84 - 7,16)	7,36 (7,24 - 7,48)	<0,001	7,01 (6,85 - 7,17)	7,32 (7,20 - 7,45)	<0,001
Apoyo comunitario	6,32 (6,15 - 6,49)	6,73 (6,64 - 6,81)	<0,001	6,10 (5,89 - 6,30)	6,51 (6,35 - 6,67)	<0,001	6,11 (5,91 - 6,31)	6,47 (6,31 - 6,63)	<0,001
Plenitud personal	7,53 (7,40 - 7,65)	7,86 (7,80 - 7,92)	<0,001	7,30 (7,15 - 7,46)	7,59 (7,47 - 7,70)	<0,001	7,32 (7,16 - 7,47)	7,54 (7,43 - 7,66)	0,001

Satisfacción espiritual	7,91 (7,76 - 8,05)	8,18 (8,12 - 8,24)	<0,001	7,47 (7,26 - 7,67)	7,70 (7,55 - 7,85)	0,003	7,48 (7,28 - 7,68)	7,66 (7,51 - 7,81)	0,014
Calidad de vida Global	7,80 (7,68 - 7,91)	8,17 (8,12 - 8,23)	<0,001	7,56 (7,43 - 7,70)	7,89 (7,78 - 7,99)	<0,001	7,58 (7,45 - 7,71)	7,85 (7,74 - 7,95)	<0,001

* Ajustado por Edad, sexo, nivel educativo, Dios es bastante importante

** Ajustado por Edad, sexo, nivel educativo, Dios es bastante importante, presencia de trastorno mental