



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER E
INDICADORES SUICIDAS: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA
EN CIUDADES DE LA SIERRA DEL PERÚ

ASSOCIATION BETWEEN INTIMATE PARTNER VIOLENCE AGAINST
WOMEN AND SUICIDAL INDICATORS: SOCIODEMOGRAPHIC
CHARACTERIZATION IN CITIES IN THE SIERRA OF PERU

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR

KATTYA LUCIA RODRIGUEZ POMA

ASESOR

JAVIER ESTEBAN SAAVEDRA CASTILLO

LIMA-PERÚ

2025

JURADO

Presidente: Dr. Johann Martin Vega Dienstmaier

Vocal: Dr. Santiago Martin Stucchi Portocarrero

Secretario: Dra. Ybeth Luna Solis

Fecha de sustentación: 05 de febrero de 2025

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESOR

Doctor Javier Esteban Saavedra Castillo

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-8403-5363

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis familiares y seres queridos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis familiares y amigos que me acompañaron a lo largo del desarrollo de esta investigación, así como también agradezco a los que ya no se encuentran conmigo. Asimismo, mi agradecimiento con el Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo que asesoró este trabajo con paciencia y responsabilidad.


FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El estudio ha sido autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Declaro no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA | Facultad de
MEDICINA

ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER E
INDICADORES SUICIDAS: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOCRÁFICA
EN CIUDADES DE LA SIERRA DEL PERÚ

ASSOCIATION BETWEEN INTIMATE PARTNER VIOLENCE AGAINST
WOMEN AND SUICIDAL INDICATORS: SOCIODEMOGRAPHIC
CHARACTERIZATION IN CITIES IN THE SIERRA OF PERU

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR

KATTYA LUCIA RODRIGUEZ POMA

ASESOR

JAVIER ESTEBAN SAAVEDRA CASTILLO

LIMA-PERÚ

2025

19% Similitud estándar

Filtros

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet	repositorio.upch.edu.pe	5%
31 bloques de texto 380 palabra que coinciden		
2 Internet	www.insm.gob.pe	4%
27 bloques de texto 310 palabra que coinciden		
3 Internet	www.scielo.org.pe	<1%
7 bloques de texto 67 palabra que coinciden		

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	6
III. Materiales Y Métodos	7
IV. Resultados	12
V. Discusión.....	17
VI. Conclusiones	23
VII. Recomendaciones	24
VIII. Referencias Bibliográficas	26
IX. Tablas.....	32
Anexos	

RESUMEN

Antecedentes: La violencia de pareja afecta la salud mental de las mujeres en todo el mundo. En el Perú, esta problemática se ve a nivel nacional y puede estar relacionada con la presencia de indicadores suicidas, por lo que acciones de prevención y detección deben ser tomadas. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre indicadores suicidas y la violencia de pareja, y caracterizar los factores sociodemográficos relacionados en mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 años a más en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno. **Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico y probabilístico, con uso de datos de una fuente secundaria obtenida de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de ciudades de la Sierra de los años 2016, 2017 y 2018, con una muestra de mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 años a más de 6176. **Resultados:** Se encontró una asociación significativa entre violencia de pareja e indicadores suicidas (ORa:3,16; IC:2,50–3,99). Las víctimas de violencia psicológica tuvieron mayor riesgo de presentar cualquier indicador suicida (ORa: 3,2; IC: 2,53-4,06). El indicador suicida con más probabilidad de presentarse en mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia fue el planeamiento suicida (ORa 17,12; IC 6,13-47,81). El factor sociodemográfico asociado a la presencia de indicadores suicidas en víctimas de violencia fue el nivel de pobreza, siendo el riesgo mayor si se es pobre extrema (ORa: 2,4; IC: 1,01-5,78). **Conclusiones:** Al presentarse mujeres víctimas de violencia se debe tener en cuenta la presencia de indicadores suicidas, principalmente el planeamiento suicida. Además, se debe priorizar su búsqueda si la mujer es pobre extrema.

Palabras clave: ideación suicida, intento suicida, violencia de pareja, prevención del suicidio

ABSTRACT

Background: Intimate partner violence affects the mental health of women globally. In Peru, is a national problem and may be related to the presence of suicidal indicators, so prevention and detection actions must be taken. **Objective:** To evaluate the association between suicidal indicators and intimate partner violence and characterize the related sociodemographic factors in women united or once united aged 18 years or older in the cities of Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz and Puno. **Materials and methods:** Analytical and probabilistic cross-sectional study, using data from a secondary source obtained from the Epidemiological Studies of Mental Health of cities in the Sierra of the years 2016, 2017 and 2018, with a sample of 6176 women united or once united aged 18 years or older. **Results:** A significant association was found between intimate partner violence and suicidal indicators (aOR:3,16; CI:2,50–3,99). Victims of psychological violence had a higher risk of presenting any suicidal indicator (aOR: 3,2; CI: 2,53-4,06). The suicidal indicator most likely to occur in women victims of any type of violence was suicidal planning (aOR 17,12; CI 6,13-47,81). The sociodemographic factor associated with the presence of suicidal indicators in victims of violence was the level of poverty, especially if one is extremely poor (aOR: 2,4; CI: 1,01-5,78). **Conclusions:** When presenting as victims of violence, the presence of suicidal indicators must be considered, mainly suicidal planning. Furthermore, the search should be prioritized if the woman is extremely poor.

Keywords: suicidal ideation, suicide attempt, intimate partner violence, suicide prevention

I. INTRODUCCIÓN

La violencia de género es definida por las Naciones Unidas (1) como “... los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género”. Esto debido a que los constructos sociales distribuyen inequitativamente el poder, lo cual tiene como consecuencia un abuso de este, que coloca a las mujeres y niñas en situaciones de riesgo en todo el mundo. Si bien los varones también pueden ser víctimas de la violencia de género, se ha visto a lo largo de los años y a nivel global que las víctimas principales son las mujeres y niñas (1).

Aquello coloca a la violencia contra las mujeres como una problemática de interés mundial, ya que se estima que una de cada tres mujeres va a experimentar algún tipo de violencia sexual o física a lo largo de sus vidas, siendo necesario mantener esta problemática presente en el ámbito de la investigación. A su vez según la OMS (2), a nivel mundial el 31% de mujeres entre 15 a 49 años de edad ha sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida.

La violencia contra las mujeres es un tema no solo global, si no también focalizado. Al ser una problemática social, no solo el hecho de ser mujer conlleva una situación de vulnerabilidad, sino que también el vivir en países en vías de desarrollo implica una mayor probabilidad de que una mujer sea víctima de violencia.

Esto se ha corroborado en un estudio de análisis secundario de la Demographic and Health Survey (DHS) (3), encuesta que se toma cada 5 años a mujeres y varones entre los 15 y 49 años que residen en más de 90 países en vías de desarrollo. En este análisis, los datos recolectados de 30 países, entre ellos varios de Latinoamérica, entre los años 2004 y 2011, fueron incluidos en el módulo de violencia doméstica.

Entre la data recolectada de Latinoamérica se vio que, en Colombia en el año 2010, el 29,97% de 4420 mujeres entre 15 a 24 años habían sido víctimas de violencia física o sexual por su pareja; en Haití el 20,72% de 464 mujeres habían sido víctimas de violencia entre los años 2005 y 2006, y en el Perú lo habían sido el 24,38% de 3322 mujeres, entre los años 2007 y 2008 (3).

Este porcentaje aumentó a un 34% en Latinoamérica en el 2018. Por otro lado, el porcentaje de víctimas de violencia es un 27% mayor en los países de Latinoamérica, al ser comparado con los datos globales (4); las cifras mayores corresponden a Bolivia con 42%, seguida de Perú con 38%, Ecuador con 33%, Guyana con 31% y Colombia con 30%, en el año 2018.

A esto se le suma que, en un estudio de Tsapalas, Parker y Bernales (5) en el año 2021, que recolectó data de artículos sobre violencia de género en Latinoamérica y el Caribe, se evidenció que en un estudio de Brasil que realizó Costa et al. (6) en el año 2017, se encontró que en países en vías de desarrollo en Latinoamérica, eran las mujeres que vivían en áreas rurales las que se encontraban en una situación de vulnerabilidad al depender de sus abusadores para temas de transporte a centros de salud entre otras necesidades básicas.

En el Perú, a nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2023) (7), en la cual se encuestó a mujeres de 15 a 49 años, y se encontró que 53,8% de mujeres fueron víctimas de violencia alguna vez (a lo largo de la vida) por el esposo o compañero. Este porcentaje se vio que fue mayor en el área urbana (54,2%) que en la rural (52,2%). Igualmente, al compararse por tipo de violencia, la violencia psicológica y/o verbal fue mayor en el área urbana con 49,8% en comparación con

el área rural con 47,8%; a su vez la violencia física y sexual presentaron mayores porcentajes en el área urbana (7). Se puede concluir que el residir en áreas urbanas pone a la mujer en mayor riesgo de ser víctima de violencia, pero no se descarta que estos porcentajes se deban a la mayor disposición de estas mujeres a revelar el maltrato.

La encuesta ENDES-2018 (8) reportó que 30,7% de las mujeres unidas o alguna vez unidas fueron agredidas por sus parejas, y que la región natural (según la clasificación de regiones utilizada por el INEI) con mayor porcentaje era la Sierra con 35,5%, en comparación con la Costa con 29,6%, la Selva con 28,9% y Lima Metropolitana con 28,7% (8). En el caso de la violencia psicológica, también se vio que los porcentajes de casos eran mayores en la Sierra con 68,5%, que en el resto de las regiones (8). Con estos resultados, además de las áreas urbanas, también residir en la región de la Sierra pone a la mujer en una situación susceptible de recibir violencia de pareja, lo que remarca la importancia de la realización del presente estudio en esta región.

Si bien la violencia de género en sí misma es un problema, también lo son las consecuencias que conlleva. Entre los problemas de salud mental que se desarrollan al ser una mujer víctima de violencia por sus parejas y son de interés para la salud pública, como la depresión (9,10), estrés postraumático (9), trastornos de ansiedad (10), se tiene uno que será la base de estudio del presente trabajo, este es el suicidio. Es importante actuar mediante estrategias de prevención, determinando las conductas de riesgo a cometer un suicidio (11) en esta población vulnerable. En esto radica la importancia de los indicadores suicidas como lo son el deseo suicida, pensamiento suicida, planeamiento suicida e intento suicida.

A nivel internacional se han realizado estudios que buscan relacionar la violencia de pareja contra las mujeres con algunos indicadores suicidas. En Inglaterra, McManus et al. (12) realizaron entre mayo de 2014 y setiembre de 2015 un estudio transversal analizando el Adult Psychiatric Morbidity Survey, que muestreó una población de personas mayores de 16 años en Inglaterra, utilizando un diseño de muestreo multietapa randomizado y estratificado basado en el Small User Postcode Address File. El principal objetivo de este análisis fue determinar la prevalencia en el último año de daño autoinfligido no suicida, pensamientos e intentos suicidas (12). Este estudio encontró que una de cada tres mujeres que ha tenido un intento suicida durante el último año ha sufrido violencia de pareja recientemente (12), lo que connota una relación marcada.

El suicidio se puede prevenir mediante indicadores suicidas que se deben tener en cuenta y ser estudiados, como la ideación o intento suicida (11,12). Debido a esto, se han hecho investigaciones a nivel de Latinoamérica como el de Llosa y Canetti (13), que realizaron en Uruguay entre 2014 y 2015 un estudio cuantitativo transversal, de asociación no causal, con 58 participantes mujeres mayores de 15 años (30 casos de violencia de pareja y 28 controles) que acudían, a un centro de salud de un área de bajo estatus socioeconómico. Estas participantes no debían de referir en el último año duelo por algún ser querido, enfermedades crónicas, dolor crónico y/o inhabilitante, ni limitaciones funcionales. Se halló que el 20% de las mujeres víctimas de violencia de pareja presentaron ideación suicida durante el último año, lo cual se compara con el 3,6% hallado en el grupo control (13). Si bien la frecuencia de ideación suicida que se encontró en casos de violencia de pareja es mayor, la muestra utilizada es pequeña para extrapolar al resto de la población.

Con la información previa queda en claro que la violencia contra las mujeres por sus parejas es más frecuente en países de Latinoamérica, entre ellos el Perú. En este sentido, Avolio buscó determinar en 2022 los factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer en cada departamento del Perú, basándose en el modelo ecológico, es decir según niveles, como el individual, el de relaciones interpersonales, el de comunidad y el de sociedad (14). Considerando los cuatro niveles, son los departamentos de Puno (90%) y Cajamarca (84,13%) los que obtuvieron la mayor incidencia de factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer; en contraste, los departamentos de la costa se encontraron en los últimos puestos, particularmente Lambayeque (11,28%) e Ica (10%) (14).

Es importante tener presente que la zona de la Sierra del Perú es susceptible de tener factores de riesgo para la violencia contra la mujer, como se menciona en el estudio de Avolio, siendo el ambiente familiar violento, el difícil acceso a medios de comunicación y el bajo nivel de ingresos los que colocan a la mujer en una situación de vulnerabilidad (14). A esto se le suma según Crisóstomo (15), que realizó una investigación en Anchonga (Huancavelica) e Iguain (Ayacucho), que las mujeres de estas zonas “están más acostumbradas y pueden soportar la violencia machista”, lo que las pone en una situación difícil, ya que incluso las autoridades de su comunidad, como los jueces de paz o los policías, tienen la misma creencia y no realizan su debida labor de ayudar a la mujer víctima de violencia, si no que buscan disuadirla para que no denuncie o perdone a la pareja abusiva (15).

Como se mencionó previamente, existen estudios internacionales como el de McManus et al. (12) y Llosa y Canetti (13), que buscan relacionar indicadores suicidas con la violencia de pareja; sin embargo, estos son escasos.

A nivel nacional, los estudios se han centrado en pequeñas poblaciones, y solo se han enfocado en la ideación suicida. Como el estudio de Aliaga (16), que usó una muestra de 76 mujeres de una comisaría de Trujillo y solo analizó la relación de violencia con ideación suicida. O el estudio de Nuñez (17), que utilizó una muestra de 350 mujeres que denunciaron violencia de pareja en comisarías de Lima Norte y que, también, solo evaluó la relación de la violencia con la ideación suicida, considerando además que no todas las mujeres víctimas de violencia denuncian sus casos con las autoridades.

Por esto, en este estudio se buscó primero evaluar la asociación entre la violencia de pareja contra la mujer y los indicadores suicidas, y posteriormente caracterizar factores sociodemográficos en mujeres de las ciudades de la sierra del Perú, con el fin de determinar cuáles estarían relacionados con los indicadores suicidas en esta población. Estos hallazgos nos ayudarían a prevenir la conducta suicida, como paso previo a cometer el acto de suicidio.

Cabe resaltar que esta investigación está en línea con la Ley N°30364 (18), ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, la cual tiene como objetivo el “prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales”, por lo que es importante identificar a las mujeres que son violentadas por sus parejas para saber a qué grupos acudir y generar medidas de prevención contra la violencia, o en qué grupos las denuncias de este tipo deben ser tomadas con especial consideración (18).

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la asociación entre indicadores suicidas y la violencia de pareja, y caracterizar los factores sociodemográficos relacionados en mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 años a más en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la magnitud de la asociación entre indicadores suicidas y la violencia de pareja en mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 años a más en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno.
- Estimar la magnitud de la asociación entre indicadores suicidas y los tipos de violencia de pareja en mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 años a más en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno.
- Estimar y comparar la prevalencia de indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 años a más víctimas de violencia de pareja en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno.
- Estimar y comparar los factores sociodemográficos asociados a los indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 años a más víctimas de violencia de pareja en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal correlacional y probabilístico basado en los datos obtenidos de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno, entre el 2016 y el 2018. Los estudios originales fueron de tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal; en todos

se utilizó el método de entrevista directa. Los entrevistadores y supervisores fueron elegidos en Lima y posteriormente fueron enviados a las regiones involucradas, debían ser profesionales psicólogos, egresados o bachilleres de psicología, o trabajadores de áreas de la salud con experiencia en trabajo de campo (19,20,21).

b) Población

Corresponde a las mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 años a más que residen en Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno (19,20,21).

c) Muestra

La muestra de personas en los estudios originales en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno se escogió en 3 etapas. El tamaño de muestra total programada de todas las ciudades fue de 6940, que incluyeron adultos, adultos mayores, adolescentes y mujeres unidas o alguna vez unidas.

La muestra de mujeres unidas o alguna vez unidas de las cinco ciudades en total fue de 6176 entrevistadas. En el caso de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz fue de 3778, y se logró entrevistar a 3469 casos, por lo que la tasa de respuesta fue de 91,8% (19). En Ayacucho se entrevistó a 1121 mujeres unidas o alguna vez unidas, en Cajamarca a 1258 y en Huaraz a 1090 mujeres (19). Se seleccionó a la jefa de hogar o pareja del jefe de hogar como mujer unida; en caso la jefa del hogar no estuviera unida, se seleccionó mediante uso de la Tabla de Kish a una mujer unida dentro del hogar como participante (19). En el estudio original en la ciudad de Abancay, la muestra de mujeres unidas fue de 1442 (20). En el caso de Puno, la muestra de mujeres unidas fue de 1265 mujeres entrevistadas (21).

d) Procedimientos y técnicas

Se presentó el protocolo de esta investigación a la Facultad de Medicina para su evaluación. Luego se redactó una carta al director del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) para que autorice el uso de la base de datos (19). Las encuestas del estudio original fueron respondidas por el método de entrevista directa. Tanto a encuestadores y supervisores se les tomó una detenida evaluación psicológica que confirmara su idoneidad para realizar esta labor. Además, se les capacitó sobre temas de salud mental, revisaron los cuestionarios a utilizar y se realizaron ensayos del trabajo de campo (19).

Durante el trabajo de campo se definió el número de hogares por vivienda; si existía más de un hogar por cada vivienda entrevistada, se elegía solo el hogar principal. Además, se registraron todos los miembros del hogar a entrevistar para obtener las cuatro unidades de análisis utilizadas en estos estudios: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor, esto mediante la Tabla de Kish. En el caso de la elección de la mujer unida, se utilizó de preferencia a la jefa del hogar o a la esposa del jefe del hogar. Si la jefa del hogar no estaba unida, la forma de elegir cuál sería la mujer unida entre las otras mujeres del hogar fue mediante la Tabla de Kish (19).

Instrumentos

Cuestionario de Violencia Familiar. Expertos de la institución elaboraron este cuestionario y tomaron como punto de partida otros cuestionarios que se utilizaron en los otros estudios (22), como el de Anicama et al. (23). Además, se realizaron modificaciones que derivaron de experiencias de estudios previos realizados por el INSM “HD-HN” en Lima y la Sierra (19). Se recoge información sobre violencia hacia la mujer y sobre comportamientos asociados.

Cuestionario de Salud Mental Modificado. Cuestionario utilizado en estudios del INSM “HD-HN”, se utiliza una adaptación de la versión original de Colombia, específicamente elaborada por la División de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud de dicho país (19). Esta es una herramienta práctica para evaluar la salud mental de una población, que se puede aplicar a distintos niveles, sea en poblaciones grandes o pequeñas, a nivel nacional o hasta a nivel distrital. Es sencilla de aplicar y no requiere de experticia clínica. En esta investigación se hará énfasis en las preguntas del área de indicadores suicidas (19,22).

Datos demográficos y socioeconómicos. Se utilizó una ficha de datos sociodemográficos en la que se registró edad, estado civil, grado de instrucción, lengua materna y nivel de pobreza según necesidades básicas insatisfechas y región.

e) Aspectos éticos del estudio

Este trabajo de investigación fue aprobado por el comité de ética institucional responsable de la UPCH. Posteriormente, se pidió permiso al INSM “HD-HN” para la utilización de su base de datos, en específico para recolectar la información de la unidad de salud mental de la mujer actualmente unida o alguna vez unida. El financiamiento del estudio original fue a través de medios ordinarios y recursos recaudados del INSM “HD-HN”. Además, en este estudio a los entrevistados se les hizo firmar un consentimiento informado escrito.

Teniendo en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con seres humanos que elaboró el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), en colaboración con la OMS (24), al usar datos almacenados que se recolectaron con el fin de realizar investigación donde el consentimiento informado no especificaba el uso de los

datos obtenidos en una investigación a futuro, el comité de ética de la investigación puede omitir el requisito de un consentimiento informado individual (24).

f) Plan de análisis

Para cumplir con los objetivos del estudio se utilizaron las bases de datos de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del INSM “HD-HN” en Abancay (2016), Ayacucho (2017), Cajamarca (2017), Huaraz (2017) y Puno (2018).

En una primera etapa, se unieron las tres bases, incluyendo los datos referidos al diseño muestral, características sociodemográficas, indicadores de violencia por la pareja e indicadores suicidas (deseo, pensamiento, planeamiento e intento) de las mujeres de 18 años a más. Dado que, los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el INSM “HD-HN” tienen un diseño muestral complejo (muestreo bietápico), se elaboró el plan de análisis tomando en cuenta el diseño muestral y los factores de ajuste de mujeres unidas.

Se calcularon las prevalencias con sus respectivos intervalos de confianza y se evaluó la asociación entre los indicadores suicidas y los diferentes tipos de violencia, mediante pruebas estadísticas F corregidas, las cuales son variantes del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden. La significación (p valor) presentada en las tablas se basa en la distribución F corregida y sus respectivos grados de libertad (análisis bivariado).

Se evaluó la relación entre los indicadores de violencia por la pareja y los indicadores suicidas, controlando las características sociodemográficas de las mujeres unidas mediante el ajuste de modelos de regresión logística múltiple para respuesta binaria, y el cálculo de razones de ventajas ajustados (OR) con sus respectivos intervalos de confianza (análisis multivariado).

El procesamiento de los datos se realizó mediante el módulo de muestras complejas del paquete estadístico SPSS versión 21.

IV. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 6176 mujeres unidas o alguna vez unidas, de cinco ciudades de la sierra, conformadas por Apurímac (1442), Ayacucho (1121) Cajamarca (1258), Huaraz (1090) y Puno (1265).

Las edades de las mujeres variaron entre 18 y 96 años, con un promedio de 45 años (IC:44,6–45,70), y el 50 % de las mujeres tenía entre 18 y 43 años. Mas del 65% de las mujeres presentaron un nivel de instrucción secundaria o superior. El 40,38% tuvo como lengua materna el quechua. En cuanto al estado civil, más de las tres cuartas partes de las mujeres (77,64%) fueron casadas o convivientes. Además, la mayoría fueron no pobres (75,92%) (tabla 1).

Prevalencia de violencia de pareja e indicadores suicidas

La prevalencia de vida de cualquier tipo de violencia o maltrato fue de 50,65% (IC: 49,04-52,27), y la prevalencia en el año fue 20,11% (IC:18,94%–21,33%). En relación con los tipos de violencia, la más prevalente fue la psicológica (P:18,25%; IC:17,14%-19,40%); en segundo lugar, estuvo la violencia física, y le siguen en frecuencia la violencia por abandono y sexual (tabla 2).

Se construyó un indicador de suicidio a partir de la presencia de uno o más indicadores suicidas en el año en las mujeres unidas o alguna vez unidas, encontrándose que 7,24% (IC:6,53%-8,02%) de las mujeres habían presentado algún indicador suicida. El análisis de cada uno de los indicadores suicidas mostró que el más frecuente fue el deseo suicida, con una prevalencia de 6,92% (IC:6,21%-

7,69%), y en segundo lugar, el pensamiento suicida. En cuanto al planeamiento y el intento, la prevalencia estuvo por debajo de 1% (tabla 2).

Asociación entre violencia de pareja y factores sociodemográficos

En la tabla 3 se observa que la edad presenta una asociación estadísticamente significativa con la violencia de pareja. En particular, las mujeres de 25 a 44 años (OR:1,82; IC:1,36-2,43) presentan mayor riesgo a ser víctimas de violencia en comparación con las mujeres de 65 años a más. Las mujeres legalmente casadas presentan una menor prevalencia de cualquier tipo de violencia (P:18,01; IC:16,33-19,83); además, en comparación con las mujeres que no tienen pareja legal o actual, pero continúan en riesgo a sufrir abusos por sus parejas previas (separadas/divorciadas/viudas), presentan un riesgo significativamente menor de sufrir cualquier tipo de violencia (OR:0,71; IC:0,58-0,88) (tabla 3). La prevalencia de cualquier tipo de violencia es menor en las mujeres unidas o alguna vez unidas de las ciudades de Cajamarca (14,98%) y Huaraz (15,40%). Además, comparadas con las mujeres de la ciudad de Puno, se observa que el riesgo en Huaraz (OR:0,62; IC:0,49-0,80) y Cajamarca (OR:0,59; IC:0,46-0,76) es menor (tabla 3). Con respecto a la lengua, una mayor proporción de mujeres quechua hablantes (22,37%) ha sufrido cualquier tipo de violencia (tabla 3). Con respecto al nivel educativo y el nivel de pobreza no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Asociación entre indicadores suicidas y factores sociodemográficos

La prevalencia de indicadores suicidas es mayor en los dos extremos de edad; así, entre las de 18 a 25 años la prevalencia es de 9,80% (IC:6,92-13,71), y entre las de 65 a más años es 10,94% (IC:8,67-13,71). Comparadas con las mujeres unidas o alguna vez unidas de 65 años a más, las de 25 a 44 años presentan un riesgo

significativamente menor de presentar algún indicador suicida (OR:0,62; IC:0,43-0,89) (tabla 3). En relación con el nivel de instrucción, estado civil y nivel de pobreza, no se observó ninguna asociación significativa. Entre las mujeres cuya lengua materna es el quechua, 9,27% (IC:8,09-10,59) presentan algún indicador suicida, aunque comparadas con las mujeres cuya lengua materna es el castellano no se observan diferencias significativas (tabla 3). Finalmente, si bien las mujeres unidas o alguna vez unidas de las ciudades de Huaraz (7.74%) y Cajamarca (5,48%) presentan una menor prevalencia de indicadores suicidas no se observan diferencias estadísticamente significativas (tabla 3).

Asociación entre violencia y tipos de violencia e indicadores suicidas

Entre las mujeres unidas o alguna vez unidas víctimas de algún tipo de violencia de pareja, la prevalencia de cualquier tipo de indicador suicida fue 14,88% (IC:12,71-17,32) (tabla 4a). Considerando cada uno de los tipos de indicadores suicidas, el más prevalente es el deseo suicida (P:14,40; IC:12,25-16,85), y le siguen el pensamiento suicida, el planeamiento suicida, y por último el intento suicida (tabla 4a).

Con respecto a cada tipo de violencia, entre las mujeres unidas o alguna vez unidas víctimas de violencia sexual, el indicador suicida con la mayor prevalencia fue el deseo suicida (P:17,46; IC:12,4-24,01), y lo mismo ocurrió con las mujeres víctimas de violencia física (P:16,68; IC:13,46-20,5), violencia psicológica (P:14,74; IC:12,52-17,27) y violencia por abandono (P:17,11; IC:12,69-22,67) (tabla 4a).

En la tabla 4b se observa que las mujeres unidas o alguna vez unidas de 18 a más años de edad con presencia de cualquier tipo de violencia en el último año, tuvieron 3,2 más probabilidad de presentar algún indicador suicida en comparación con las

mujeres que no sufrieron de violencia (ORa:3,16; IC:2,50–3,99). Con respecto a indicadores suicidas específicos, las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia en el último año tuvieron una probabilidad 3,3 (ORa:3,26; IC:2,56-4,14), 5,9 (ORa:5,91; IC: 3,73-9,37), 17,1 (ORa:17,12; IC: 6,13-47,81) y 74,6 (ORa:74,59; IC: 10,53-528,45) veces mayor de presentar deseo, pensamiento, planeamiento e intento suicida, respectivamente, en comparación con mujeres sin estos indicadores. En cuanto a los tipos de violencia, las víctimas de violencia sexual tuvieron 2,9 (ORa:2,92; IC:1,86-4,57), 5,2 (ORa:5,19; IC:2,72-9,89), 9,45 (ORa:9,45; IC:3,74-23,9) y 7,5 (ORa:7,46; IC:1,22-45,48) veces más probabilidad de presentar deseo, pensamiento, planeamiento e intento suicida, respectivamente, en comparación de las mujeres sin estos indicadores. A pesar de que el intento suicida no es estadísticamente significativo en el análisis bivariado (tabla 4a), esta relación sí se evidencia al controlarse los factores sociodemográficos (tabla 4b). Con la violencia física, tuvieron 3,1 (ORa:3,14; IC:2,33-4,24), 4,6 (ORa:4,61; IC:2,68-7,91), 7,4 (ORa:7,42; IC:2,86-19,34) y 29,7 (ORa:29,71; IC:4,94-178,73) veces más probabilidad de presentar deseo, pensamiento, planeamiento e intento suicida, respectivamente, en comparación de las mujeres sin estos indicadores, aunque el intervalo de intento suicida es amplio. Las víctimas de violencia psicológica tuvieron 3,3 (ORa:3,3; IC:2,60-4,20), 5,9 (ORa:5,9; IC:3,73-9,34), 13,4 (ORa:13,40; IC:5,00-35,93) y 80,2 (ORa: 80,16; IC:11,40-563,69) veces más probabilidad de presentar deseo, pensamiento, planeamiento e intento suicida, respectivamente, en comparación de las mujeres sin estos indicadores, pero el intervalo de intento suicida también es muy amplio. Finalmente, la violencia por abandono tuvo 3,1 (ORa:3,09; IC:2,10-4,56), 4,9 (ORa:4,89; IC:2,76-8,67) y 4,4

(ORa:4,38; IC:1,43-13,41) veces más probabilidad de presentar deseo, pensamiento y planeamiento suicida, respectivamente, en comparación de las mujeres sin estos indicadores. Con el intento suicida la asociación no es estadísticamente significativa, incluso al controlarse los factores sociodemográficos (tabla 4b).

Factores sociodemográficos en mujeres con indicadores suicidas víctimas de violencia

A partir de la muestra total de mujeres unidas o alguna vez unidas se seleccionaron a las que habían sufrido algún tipo de violencia o maltrato por su pareja durante el último año, por lo que la tabla 5 muestra la relación entre la presencia de cualquier indicador suicida con los factores sociodemográficos de las mujeres unidas o alguna vez unidas víctimas de algún tipo de violencia o maltrato.

En relación con la edad, el nivel educativo, la lengua materna y el estado civil, la asociación no es significativa, tanto a nivel bivariado (modelo simple) ni controlando todos los demás factores (modelo multivariado) (tabla 5).

Sí se observó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y la presencia de algún indicador suicida ($p < 0,05$). Las mujeres cuyos hogares se ubican en la pobreza extrema, presentan una mayor prevalencia de algún indicador suicida (28,55%). También se puede observar que, comparadas con las mujeres no pobres, las mujeres en pobreza extrema tienen mayor riesgo de presentar indicadores suicidas (ORa:2,40; IC:1,01–5,78). Finalmente, con respecto a las ciudades, la frecuencia de indicadores suicidas es mayor en Huaraz (17,39%), pero no se observan diferencias estadísticamente significativas (tabla 5).

V. DISCUSIÓN

Esta investigación, a nivel de Latinoamérica, es de las primeras en estimar la asociación entre la violencia de pareja en mujeres unidas o alguna vez unidas con indicadores suicidas, y en estimar la asociación de estos con factores sociodemográficos en la población andina, con un número de muestra representativa, como lo son las mujeres que residen en áreas urbanas de la Sierra, específicamente Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno.

En el resto del mundo, según la OMS (25), en 2018 se encontró que la violencia contra las mujeres tiene una prevalencia de vida de 26% y una anual de 10% en mujeres mayores de 15 años. A su vez, a nivel nacional reportaron que la violencia contra las mujeres tuvo una prevalencia de vida de 38% y una anual de 11% en mujeres entre 15 a 49 años (4). A nivel de la región Sierra, el INEI reportó para 2018 con respecto a la violencia física, psicológica y sexual, una prevalencia de vida de 35,5%, 68,5% y 8,6%, respectivamente, y una prevalencia anual de violencia física y sexual de 11,8% y 3,2%, respectivamente (8). En el presente estudio, las prevalencias encontradas fueron mayores a las reportadas por la OMS en 2018, tanto a nivel global como nacional, encontrándose una prevalencia de vida de 50,65%, y una anual de 20,11%.

Con respecto a las prevalencias anuales de los tipos de violencia, en este estudio la violencia psicológica tuvo la mayor prevalencia (18,25%), seguida de la física (8,68%), por abandono (4,68%) y sexual (3,88%), lo cual coincide con la literatura internacional, en la cual la mayor prevalencia también fue la violencia psicológica (27%), luego la física (15,7%), y por último la sexual (10,1%) (26). En el estudio de White et al. se analizaron datos de 2012 al 2020 de 46 países; sin embargo, no

se analizó la violencia por abandono (26). A nivel nacional, la ENDES-2023 solo analizó la violencia física (7,6%) y la sexual (1,9%) (7), siendo ambas menores a las encontradas en esta investigación. En el caso de lo encontrado por el INEI en la región Sierra en 2018, la prevalencia de violencia física anual fue mayor, pero la de violencia sexual fue menor a lo encontrado en este estudio (8).

En cuanto a la prevalencia anual de indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas, se encontró que 7,24% presentó cualquier indicador suicida, teniendo la mayor prevalencia el deseo suicida con 6,92%, seguido de 1,71% que presentaron pensamiento suicida, 0,43% planeamiento suicida, y por último 0,12% intento suicida. En la literatura se encontraron prevalencias similares en España, con una prevalencia de pensamiento/ideación suicida de 9,1% y una prevalencia de intento suicida de 2,2% (27); en mujeres del sur de Asia la prevalencia anual de pensamiento suicida fue de 17% (IC 95% 14,0-20,0) y la de intento suicida de 1% (IC 95% 0,00-1,00) (28). Las prevalencias de este estudio fueron más parecidas a las encontradas en el estudio de España, que tuvo una muestra de tamaño parecida, en comparación con la del estudio en Asia, que tuvo una población mucho mayor. Cabe resaltar que, a pesar de las diferencias de muestra, la ideación suicida (deseo y pensamiento suicida), suele tener prevalencias mayores que el intento suicida.

La violencia de pareja en el presente estudio se vio que tuvo una asociación significativa con la edad, el estado civil y la ciudad de residencia. En el caso del grupo etario, esta asociación fue mayor en las mujeres entre 25 a 44 años (ORa: 1,82; IC: 1,36-2,43); se vio, que el estar casadas significaba un riesgo menor de recibir violencia de pareja (ORa: 0,71; IC: 0,58-0,88), en comparación con las mujeres separadas/divorciadas/viudas. Con respecto a las ciudades, se vio que a

comparación con Puno, las mujeres de ciudades de Huaraz y Cajamarca tuvieron menor riesgo de recibir violencia (ORa: 0,62; IC 0,49-0,8; y ORa: 0,59; IC: 0,46-0,76, respectivamente). Aquello difiere con estudios de España (29), en donde se vio una asociación con la violencia en el grupo de 51 a 70 años (ORa: 1,63; IC: 1,32-2,00); pero coincide con respecto al estado civil, de modo que el ser mujeres separadas/divorciadas (29) representa un mayor riesgo de ser víctimas de violencia (ORa: 4,93; IC: 3,98-6,12). Además, el menor riesgo a recibir violencia en las ciudades de Huaraz y Cajamarca en comparación con Puno, coincide con la mayor prevalencia de violencia física y/o sexual en Puno (13,5%), con respecto a las reportadas en Ancash (9,6%) y Cajamarca (8,4%) (8).

La asociación entre la edad y la presencia de algún indicador suicida fue significativa; sin embargo, a diferencia de lo encontrado con la violencia de pareja, el grupo de 25 a 44 años tuvo menor riesgo a presentar un indicador suicida (ORa: 0,62; IC: 0,43-0,89) en comparación con las mujeres de 65 años a más. El resto de los factores sociodemográficos no tuvo datos estadísticamente significativos.

En la población de mujeres unidas o alguna vez unidas víctimas de cualquier tipo de violencia, la prevalencia anual de cualquier indicador suicida fue de 14,88% en este estudio. Con respecto a cada indicador suicida, el deseo suicida fue el más frecuente, con una prevalencia anual de 14,4%, seguido del pensamiento suicida con 5,16%, luego el planeamiento suicida con 1,71% y finalmente el intento suicida con 0,55%; todos los indicadores mostraron una asociación significativa (p valor <0,001). Esto también se vio en Brasil, en un estudio con data de 2015-2016, que encontró una asociación entre la ideación suicida (p valor <0,001) y cualquier tipo de violencia, y asimismo se observó que el ser víctima de violencia incrementa 4,35

veces las probabilidades de pensar en quitarse la vida en las mujeres, pero no se determinó la asociación con el intento suicida (30). A su vez, en Inglaterra se encontró que 19,1% de las mujeres que han recibido cualquier tipo de violencia en el último año han tenido pensamientos suicidas (OR:4,61; IC:3,19–6,66) (12). En el presente estudio, la probabilidad de tener un pensamiento suicida fue 5,91 veces más en las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia, lo cual es mayor a lo encontrado en los estudios de Brasil (30) e Inglaterra (12), e incluso mayor al deseo suicida en el presente estudio, a pesar de que su prevalencia fue menor. Sin embargo, el planeamiento suicida fue el indicador que presentó la mayor asociación, siendo 17 veces más probable su presencia en mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia en comparación con las que no recibieron violencia (ORa 17,12; IC:6,13-47,81). Por esto, el planeamiento suicida es el indicador más asociado a cualquier tipo de violencia.

En el caso del deseo suicida (17,46%), pensamiento suicida (7,96%) y planeamiento suicida (3,05%), estos indicadores fueron más prevalentes en las víctimas de violencia sexual. Esto difiere con otros estudios, en los cuales la ideación suicida (deseo y pensamiento suicida) en España fue más frecuente en los casos de violencia física (33,9%) (27), o en Inglaterra, donde fue más frecuente en los casos de violencia emocional (42,6%), la cual se puede interpretar como violencia psicológica (12). Esto puede deberse a que la prevalencia de violencia sexual en el presente estudio fue mayor (3,88%) que en los estudios en España (1,8%) e Inglaterra (2%) (27,12). Esto coloca a la violencia sexual como el tipo de violencia que con más frecuencia presenta deseo, pensamiento y planeamiento suicida. Sin embargo, los OR de estos tres indicadores en víctimas de violencia sexual

(ORa:2,92; ORa:5,19; ORa:9,45; respectivamente) fueron menores a los encontrados en los casos de violencia psicológica (ORa:3,30; ORa:5,90; ORa:13,40; respectivamente). Por lo que la violencia psicológica es el tipo de violencia más asociada a estos indicadores.

El intento suicida, por otra parte, solo presentó una asociación significativa al controlar los factores sociodemográficos en los casos de violencia física, con una prevalencia de 0,9%, psicológica, con 0,61%, y sexual, con 0,27%. A comparación de lo encontrado en España, donde sí hubo asociación significativa (p valor $<0,01$) con los cuatro tipos de violencia (física, sexual, psicológica y económica), la prevalencia de este indicador suicida fue mayor en el caso de la violencia física (13,5%) y la violencia psicológica (7,1%) (27). Esto puede deberse a que las mujeres de este estudio, si bien presentan deseo, pensamiento y planeamiento, no parecen llegar a la etapa de intento suicida. Además, no se puede descartar la probabilidad de que, con un mayor número de muestra, se podría haber encontrado una asociación significativa en esta población. Si bien el intento suicida es más prevalente en los casos de violencia física, la asociación es mayor con la violencia psicológica (ORa: 80,16; IC:11,40-563,69); sin embargo, los datos no son enteramente confiables debido a los rangos amplios de OR.

Finalmente, en el caso de las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia, se vio que la presencia de un indicador suicida solo tuvo una asociación significativa con el nivel de pobreza, siendo el riesgo para presentar un indicador suicida 2,4 veces mayor si la mujer se encuentra en pobreza extrema. No se encontraron asociaciones significativas con los otros factores sociodemográficos. En otras literaturas no se estudió el nivel de pobreza y su asociación con indicadores suicidas en mujeres

víctimas de violencia; pero, se encontró una asociación significativa con el nivel de educación en España, donde el riesgo a presentar ideación suicida era 2,36 veces mayor al no tener una formación educativa (27).

Las limitaciones que deben considerarse en el presente estudio son las mencionadas a continuación. Las bases de datos utilizadas son de los años 2016, 2017 y 2018, por lo que fueron recolectadas en años distintos y previos a la pandemia del COVID-19. En estudios realizados en la región de Latinoamérica (2), se ha visto que los casos de violencia de pareja fueron en aumento posterior al confinamiento producido por la pandemia, como en Argentina, que reportó un aumento de denuncias telefónicas de un 32% (31). Debido a este probable aumento en los casos de violencia de pareja, sería necesario realizar un estudio con data actual. Otro limitante sería el uso de data de estudios distintos; sin embargo, para conseguir una muestra significativa de ciudades específicamente de la Sierra, era necesario juntar las muestras de distintos estudios pero que fueran de poblaciones parecidas a nivel sociodemográfico; sin embargo, hubiera sido preferible incluir una mayor población para conseguir una muestra incluso más significativa. Además, los estudios originales de donde se extrajo la información fueron respondidos mediante encuestas, por lo que la veracidad de las respuestas dadas por los participantes no es enteramente verídica, además que al ser tocados temas sensibles como la violencia de pareja e indicadores suicidas puede ser que los participantes se abstuvieran de responder con la verdad, y se podría haber subestimado el número de casos tanto de violencia de pareja como de indicadores suicidas. Por último, este estudio al ser transversal, no busca causalidad, solo busca encontrar la existencia de relación de las variables estudiadas.

Este estudio se alinea con la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental y su Reglamento (32,33), que además de enfocarse en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, también garantiza a la población una atención de la salud mental con accesibilidad, buena calidad, una cobertura universal y confidencialidad. Por esto, es necesaria la realización de estrategias de promoción, prevención y detección en instituciones básicas y superiores tanto públicas como privadas (34), así como la identificación oportuna de los posibles factores de riesgo a presentar indicadores suicidas; ya que, si se identifican, las estrategias se centrarán en buscar a la población que presente estos factores y actuar en la prevención del suicidio.

Así como este estudio, se podrán realizar más estudios similares en otras regiones que justifiquen tomar medidas preventivas a partir de la presencia de los indicadores suicidas en las víctimas de violencia de pareja para la prevención del suicidio tanto a nivel nacional, regional y distrital.

Cuando el personal de salud evalúe a una víctima de violencia, con los resultados de este estudio que se realizó con una muestra mayor a investigaciones previas en el Perú (16,17), se tendrá mayor visibilidad sobre la importancia de identificar los indicadores suicidas en estas pacientes.

VI. CONCLUSIONES

- Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y los indicadores suicidas (ORa: 3,16; IC: 2,5-3,99).
- Las mujeres que fueron víctimas de cualquier tipo de violencia presentaron con mayor frecuencia el deseo suicida (P:14,4%); sin embargo, el indicador con mayor probabilidad de presentarse fue el planeamiento suicida (ORa: 16,77; IC: 6,21-45,24).

- Los tipos de violencia sexual, física y psicológica tuvieron una asociación estadísticamente significativa con todos los indicadores suicidas; en cambio, la violencia por abandono no la tuvo con el intento suicida (ORa: 2,9; IC: 0,33-25,41), pero sí con el resto de los indicadores.
- Las víctimas de cada tipo de violencia presentaron con mayor frecuencia el deseo suicida; sin embargo, el indicador con más probabilidad de presentarse al ser víctimas de violencia sexual (ORa: 9,45; IC: 3,74-23,90), violencia física (ORa:7,42; IC:2,86-19,34) y violencia psicológica (ORa: 13,4; IC: 5,00-35,93) fue el planeamiento suicida, con excepción de la violencia por abandono, en el cual el más asociado fue el pensamiento suicida (ORa: 4,89; IC:2,76-8,67).
- El tipo de violencia con mayor probabilidad de presentar deseo (ORa: 3,3; IC: 2,6-4,2), pensamiento (ORa: 5,9; IC: 3,73-9,34), planeamiento (ORa: 13,4; IC: 5,00-35,93) e intento suicida (ORa: 80,16; IC: 11,4-563,69) fue la violencia psicológica.
- El factor sociodemográfico asociado a la presencia de cualquier indicador suicida en víctimas de violencia de pareja fue el nivel de pobreza, siendo el riesgo de presentar un indicador suicida 2,4 veces mayor si la mujer se encuentra en pobreza extrema (ORa:2,4; IC:1,01-5,78).

VII. RECOMENDACIONES

- Al haberse encontrado una asociación significativa entre la violencia de pareja e indicadores suicidas, se debe tener en cuenta realizar cuestionarios en todas las víctimas de violencia para identificar a los indicadores suicidas.

- El personal de salud debe tener en cuenta el nivel de pobreza de la mujer violentada y considerarlo como una señal para buscar la presencia de indicadores suicidas.
- Se espera que, con la realización de esta investigación, se elaboren más estudios de este tipo para mejorar la elaboración de planes de prevención de suicidio en esta población.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Naciones Unidas. Centro Regional de Información [Internet]. La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo; 2023 [citado 28 de mayo de 2024]. Recuperado a partir de: <https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>
- ² Roza V, Martín C. Violencia sexual y basada en género: mapa de ruta para su prevención y atención en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2024]. Recuperado a partir de: <https://publications.iadb.org/es/violencia-sexual-y-basada-en-genero-mapa-de-ruta-para-su-prevencion-y-atencion-en-america-latina-y>
- ³ Decker MR, Latimore AD, Yasutake S, Haviland M, Ahmed S, Blum RW, Sonenstein F, Astone NM. Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries. *J Adolesc Health*. 2015;56(2):188-96. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.003
- ⁴ World Health Organization [Internet]. Violence against women prevalence estimates, 2018: WHO Region of the Americas. Geneva: World Health Organization; 2021. [citado 29 de mayo del 2024]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.11>
- ⁵ Tsapalas D, Parker M, Ferrer L, Bernales M. Gender-Based Violence, Perspectives in Latin America and the Caribbean. *Hisp Health Care Int*. 2021;19(1):23-37. doi: 10.1177/1540415320924768.
- ⁶ Costa MC, Silva EB, Soares JSF, Borth LC, Honnef F. Rural women and situations of violence: Factors that limit access and accessibility to the health care

network. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017;38(2):e59553. doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.59553

⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, Nacional y Departamental; 2024.

⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Violencia Familiar y Sexual, 2012-2019; 2019.

⁹ Sabri Y. Depression and post-traumatic stress disorder in females exposed to intimate partner violence. *Middle East Curr Psychiatry*. 2021;28:85. doi.org/10.1186/s43045-021-00157-x.

¹⁰ Lara-Caba EZ, Aranda-Torres C, Zapata-Boluda RM, Bretones-Callejas C, Alarcón R. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Rev Arg Cs Comp*. [Internet]. 2019 [citado 11 de junio del 2024];11(1):1-8. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42062019000100001&lng=es.

¹¹ Harmer B, Lee S, Rizvi A, Saadabadi A. Suicidal Ideation. [Internet]. StatPearls; 2024 [citado 2 de junio del 2024]. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>

¹² McManus S, Walby S, Barbosa EC, Appleby L, Brugha T, Bebbington PE, Cook EA, Knipe D. Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(7):574-83. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00151-1

¹³ Llosa-Martínez S, Canetti-Wasser A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2019;9(1):138-60. doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.1

¹⁴ Avolio-Alecchi BE. La violencia contra la mujer en el Perú al 2022: Un modelo ecológico. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. 2023 [citado 10 de junio del 2024]. Recuperado a partir de: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4831494-la-violencia-contra-la-mujer-en-el-peru-al-2022-un-modelo-ecologico>

¹⁵ Crisóstomo M. Violencia contralas mujeres rurales: una etnografía del Estado Peruano. Pontificia Universidad Católica del Perú. [Internet]. 2016 [citado 10 de junio del 2024]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/69766>

¹⁶ Aliaga-Bazauri K. Asociación de ideación suicida y la presencia de violencia intrafamiliar en mujeres [tesis de titulación en Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 2 de junio del 2024]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9089>

¹⁷ Nuñez-Morales M, Solsol-Rodríguez I. Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres víctimas de Lima Norte, 2023 [tesis de licenciatura en Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2023 [citado 2 de junio del 2024]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/133281>

¹⁸ Ley N.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, promulgada el 23 de noviembre 2015. Recuperado a partir de:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3349706/Ley%20N%C2%BA%2030364.pdf?v=1656956841>

¹⁹ Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017: Publicado: 4 de enero de 2021. Anales de Salud Mental. 2023;36(1 y 2):1-449.

²⁰ Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental Comparativo Ciudad de Abancay 2010-2016: Publicado: 4 de enero de 2020. Anales de Salud Mental. 2023;35(2):1-118.

²¹ Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Arequipa, Moquegua y Puno 2018: Publicado: 2 de agosto de 2022. Anales de Salud Mental. 2023;38(1):1-459.

²² 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. Anales de Salud Mental. 2018.

²³ Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J. Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima; 1999.

²⁴ 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. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). 2016.

²⁵ Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate

partner violence against women in 2018. *Lancet*. 2022;399(10327):803-813. doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7.

²⁶ White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, Gillard S, Brett E, Allwright L, Iqbal N, Khan A, Perot C, Marks J, Mantovani N. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(1):494-511. doi.org/10.1177/15248380231155529.

²⁷ Sanz-Fuentes A, Ruiz-Lorenzo V. Pensamiento e intento suicida en mujeres y su relacion con la violencia de genero. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2023;181:81-100. doi.org/10.5477/cis/reis.181.81.

²⁸ Mazumder H, Lugemwa T, Hossain M, Protiva E, Hossain M, Ward K. Prevalence of suicidal ideation and attempted suicide amongst women and girls in South Asia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research Communications*. 2022;2(4):100083. doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100083.

²⁹ Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C, Rodríguez-Barranco M. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Aten Primaria*. 2017; 49(2):93-101. doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.006.

³⁰ Silva Júnior FJG da, Monteiro CF de S, Sales JC e S, Costa APC, Teixeira MIR, Santos CAP de S. Ideação suicida em mulheres e violência por parceiro íntimo. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet]. 2021 [citado 9 de noviembre del 2024];29(1):e54288. Recuperado a partir de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/54288>

³¹ Perez-Vincent S, Carreras E, Gibbons MA, Murphy T, Rossi M. Los confinamientos de la COVID-19 y la violencia doméstica: evidencia de dos estudios en Argentina. Banco Interamericano de Desarrollo. [Internet]. 2020 [citado 17 de noviembre del 2024]. Recuperado a partir de: <https://publications.iadb.org/en/covid-19-lockdowns-and-domestic-violence-evidence-from-two-studies-in-argentina>

³² Decreto Supremo N° 007-2020-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, promulgado el 4 de marzo 2020. Recuperado a partir de: https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2020/03/DS_007-2020-SA.pdf

³³ Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, promulgada el 22 de mayo 2019. Recuperado a partir de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf?v=1608073034>

³⁴ Fernández L. La violencia: ¿Un problema de salud mental en el Perú?. Rev. Fac. Med. Hum. 2020; 20(3):530-31.

IX. TABLAS

Tabla 1. Mujeres unidas o alguna vez unidas, según factores sociodemográficos (n=6176).

Factores sociodemográficos	Número de mujeres	Porcentaje (%)	IC 95% para porcentaje
Grupo de edad			
18 -24	373	5,72	4,95 - 6,60
25 - 44	2 932	47,12	45,57 - 48,68
45 - 64	2 142	35,25	33,83 - 36,71
65 a más	729	11,91	10,91 - 12,96
Grado de instrucción			
Sin nivel/ Inicial	492	8,62	7,70 - 9,64
Primaria	1 327	22,73	21,35 - 24,17
Secundaria	1 954	30,43	29,01 - 31,89
Superior	2 403	38,22	36,23 - 40,25
Lengua materna			
Castellano	3 512	59,62	57,87 - 61,35
Quechua/aimara/otras	2 664	40,38	38,65 - 42,13
Estado civil			
Conviviente	2 386	37,52	35,98 - 39,08
Casada	2 397	40,12	38,70 - 41,55
Separada/divorciada/viuda	1 393	22,37	21,17 - 23,61
Nivel de pobreza			
Pobre extremo	253	3,97	3,24 - 4,86
Pobre	1 236	20,11	18,73 - 21,57
No Pobre	4 687	75,92	74,10 - 77,64
Ciudad			
Abancay	1 442	10,80	10,06 - 11,59
Ayacucho	1 121	27,05	25,97 - 28,16
Cajamarca	1 258	27,64	26,38 - 28,94
Huaraz	1 090	16,72	15,96 - 17,50
Puno	1 265	17,80	16,97 -18,65

Tabla 2. Presencia de violencia por la pareja, tipos de violencia e indicadores suicidas de mujeres unidas o alguna vez unidas en el último año (n=6176).

Prevalencia de Año	Número de mujeres	Prevalencia	IC (95%) para Prevalencia
---------------------------	--------------------------	--------------------	----------------------------------

Cualquier tipo violencia o maltrato	1 260	20,11	18,94 - 21,33
Violencia sexual	239	3,88	3,34 - 4,50
Violencia física	539	8,68	7,90 - 9,53
Violencia por abandono	271	4,68	4,07 - 5,37
Violencia psicológica	1 145	18,24	17,14 - 19,40
Cualquier indicador suicida	448	7,24	6,53 - 8,02
Deseo suicida	426	6,92	6,21 - 7,69
Pensamiento suicida	113	1,71	1,38 - 2,13
Planeamiento suicida	29	0,43	0,28 - 0,64
Intento suicida	8	0,12	0,05 - 0,27

Tabla 3. Presencia de cualquier tipo de violencia e indicadores suicidas en el último año según factores sociodemográficos en mujeres unidas o alguna vez unidas en el último año(n=6176).

Factores sociodemográficos de mujeres unidas o alguna vez unidas	Cualquier tipo de violencia			Indicador suicida		
	Prevalencia % (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	p valor	Prevalencia % (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	p valor
Edad						
18 - 24	20,29 (16,41-24,80)	1,61 (1,06-2,44)	0,027	9,80 (6,92-13,71)	1,07 (0,61-1,87)	0,819
25 - 44	21,81 (20,15-23,56)	1,82 (1,36-2,43)	<0,001	5,85 (4,93-6,92)	0,62 (0,43-0,89)	0,009
45 - 64	20,14 (18,22-22,20)	1,66 (1,25-2,21)	0,001	7,44 (6,30-8,78)	0,76 (0,55-1,05)	0,094
65 a más	13,21 (10,64-16,28)	1,00	.	10,94 (8,67-13,71)	1,00	.
Nivel educativo						
Sin educación	16,43 (13,08-20,44)	0,96 (0,68-1,36)	0,829	11,86 (9,05-15,39)	1,53 (0,97-2,41)	0,068
Primaria	19,60 (17,23-22,21)	1,03 (0,84-1,27)	0,778	8,24 (6,76-10,00)	1,21 (0,88-1,67)	0,240
Secundaria	21,62 (19,59-23,80)	1,08 (0,90-1,29)	0,400	6,98 (5,89-8,25)	1,09 (0,81-1,46)	0,571
Superior	20,03 (18,18-22,02)	1,00	.	5,81 (4,76-7,08)	1,00	.
Lengua materna						
Quechua/aymara/otras	22,37 (20,62-24,21)	1,00 (0,85-1,19)	0,965	9,27 (8,09-10,59)	1,28 (0,96-1,71)	0,094
Castellano	18,58 (17,12-20,14)	1,00	.	5,86 (5,00-6,86)	1,00	.
Estado civil						
Conviviente	21,21 (19,41-23,13)	0,81 (0,65-1,01)	0,060	6,80(5,73-8,04)	0,90 (0,66-1,23)	0,514

Casada	18,01 (16,33-19,83)	0,71 (0,58-0,88)	0,001	6,75(5,69-7,99)	0,80 (0,60-1,06)	0,121
Separada/divorciada/ viuda	22,03 (19,36-24,96)	1,00	.	8,86(7,39- 10,59)	1,00	.
Pobreza						
Pobre extremo	22,36 (17,69-27,84)	1,08 (0,79-1,47)	0,633	11,66 (8,08-16,54)	1,54 (0,96-2,45)	0,072
Pobre	22,26 (19,77-24,97)	1,14 (0,95-1,36)	0,161	8,13 (6,55-10,05)	1,08 (0,82-1,42)	0,594
No Pobre	19,42 (18,08-20,83)	1,00	.	6,77 (6,01-7,62)	1,00	.
Ciudad						
Apurímac	25,81 (22,86-29,01)	1,15 (0,92-1,45)	0,221	8,49 (6,96-10,31)	1,25 (0,93-1,69)	0,138
Ayacucho	24,29 (21,74-27,05)	1,08 (0,86-1,34)	0,519	8,50 (6,92-10,40)	1,17 (0,85-1,62)	0,339
Cajamarca	14,98 (12,88-17,35)	0,59 (0,46-0,76)	<0,001	5,48 (4,20-7,11)	0,86 (0,57-1,29)	0,464
Huaraz	15,40 (13,12-17,99)	0,62 (0,49-0,80)	<0,001	7,74 (6,19-9,63)	1,11 (0,80-1,55)	0,523
Puno	22,74 (20,00-25,72)	1,00	.	6,83 (5,60-8,30)	1,00	.

Tabla 4a. Indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas según presencia y tipos de violencia por la pareja en el último año (n=6176).

Violencia por la pareja	Prevalencia (IC 95%)					OR (IC 95%)				
	Cualquier indicador suicida	Deseo suicida	Pensamiento suicida	Planeamiento suicida	Intento suicida	Cualquier indicador suicida	Deseo suicida	Pensamiento suicida	Planeamiento suicida	Intento suicida
Cualquier tipo de violencia	14,88 (12,72-17,29)	14,40 (12,25-16,85)	5,16 (3,90-6,81)	1,71 (1,07-2,72)	0,55 (0,23-1,33)	3,10 (2,46-3,89)	3,16 (2,50-3,99)	6,33 (4,11-9,72)	16,77 (6,21-45,24)	52,28 (10,10-270,19)
V. sexual	18,33 (13,18-24,93)	17,46 (12,40-24,01)	7,96 (4,63-13,35)	3,05 (1,52-6,01)	0,27 (0,04-1,93)	3,08 (2,04-4,67)	3,06 (2,00-4,66)	5,92 (3,15-11,14)	9,78 (4,08-23,49)	2,42 (0,28-21,10)
V. física	17,01 (13,74-20,87)	16,68 (13,46-20,50)	5,92 (3,88-8,93)	2,03 (1,04-3,92)	0,90 (0,29-2,73)	3,09 (2,34-4,09)	3,20 (2,42-4,24)	5,02 (2,99-8,44)	7,50 (3,11-18,07)	19,82 (3,92-100,12)
V. psicológica	15,25 (13,06-17,80)	14,74 (12,52-17,27)	5,21 (3,91-6,91)	1,73 (1,05-2,84)	0,61 (0,25-1,47)	3,14 (2,50-3,95)	3,20 (2,54-4,04)	6,21 (4,08-9,45)	13,04 (5,26-32,33)	58,95 (11,38-305,46)
V. abandono	18,13 (13,59-23,76)	17,11 (12,69-22,67)	7,33 (4,50-11,72)	1,71 (0,71-4,06)	0,32 (0,04-2,22)	3,10 (2,15-4,46)	3,04 (2,09-4,41)	5,50 (3,11-9,72)	4,77 (1,73-13,15)	2,90 (0,33-25,41)

(*) Prueba de independencia chi cuadrado con corrección de Rao Scott de segundo orden para muestras complejas.

(**) OR: Odds ratio

Tabla 4b. Regresión logística entre los indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas y la presencia de tipos de violencia por la pareja en el último año (n=6176).

Violencia por la pareja	OR ajustado*(IC 95%)				
	Cualquier indicador suicida en el año	Deseo suicida	Pensamiento suicida	Planeamiento suicida	Intento suicida
Cualquier tipo de violencia	3,16 (2,50-3,99)	3,26 (2,56-4,14)	5,91 (3,73-9,37)	17,12 (6,13-47,81)	74,59 (10,53-528,45)
V. sexual	2,91 (1,86-4,51)	2,92 (1,86-4,57)	5,19 (2,72-9,89)	9,45 (3,74-23,90)	7,46 (1,22-45,48)
V. física	2,99 (2,22-4,02)	3,14 (2,33-4,24)	4,61 (2,68-7,91)	7,42 (2,86-19,34)	29,71 (4,94-178,73)
V. psicológica	3,20 (2,53-4,06)	3,30 (2,60-4,20)	5,90 (3,73-9,34)	13,40 (5,00-35,93)	80,16 (11,40-563,69)
V. abandono	3,13 (2,14-4,56)	3,09 (2,10-4,56)	4,89 (2,76-8,67)	4,38 (1,43-13,41)	3,34 (0,13-81,89)

(*) Cada tipo de violencia se ajustó con edad, nivel educativo, lengua materna, estado civil, nivel de pobreza según NBI y ciudad

Tabla 5. Presencia de indicadores suicidas en el último año y factores sociodemográficos asociados en mujeres adultas unidas o alguna vez unidas víctimas de violencia de pareja (n=1260).

Factores sociodemográficos de mujeres unidas o alguna vez unidas víctimas de cualquier tipo de violencia	Indicadores suicidas en el último año			
	Prevalencia % (IC 95%)	p valor *	OR ajustado (IC 95%)	p valor ***
Edad				
18 - 24	21,17 (13,17 - 32,22)	0,263	2,26 (0,80 - 6,40)	0,123
25 - 44	13,91 (11,03 - 17,39)		1,34 (0,59 - 3,04)	0,486
45 - 64	16,17 (12,72 - 20,34)		1,60 (0,76 - 3,37)	0,216
65 a más	10,69 (5,65 - 19,31)		1,00	
Nivel educativo				
Sin educación	13,84 (7,56 - 23,98)	0,62	0,66 (0,29 - 1,51)	0,322
Primaria	16,16 (11,79 - 21,74)		0,73 (0,42 - 1,29)	0,283

Secundaria	12,89 (9,90 - 16,62)		0,67 (0,42 - 1,07)	0,096
Superior	16,03 (12,30 - 20,62)		1,00	
Lengua materna				
Quechua/aymara/otras	16,70 (13,41 - 20,62)	0,158	1,54 (0,97 - 2,44)	0,066
Castellano	13,39 (10,70 - 16,62)		1,00	
Estado civil				
Conviviente	14,88 (11,54 - 18,97)		1,01 (0,60 - 1,70)	0,972
Casada	15,21 (11,74 - 19,49)	0,962	1,10 (0,69 - 1,77)	0,68
Separada/divorciada/viuda	14,38 (10,60 - 19,22)		1,00	
Nivel de pobreza				
Pobre extremo	28,55 (16,40 - 44,87)		2,40 (1,01 - 5,78)	0,05
Pobre	15,17 (11,23 - 20,17)	0,041	1,12 (0,72 - 1,73)	0,614
No Pobre	13,96 (11,45 - 16,93)		1,00	.
Ciudad				
Abancay	14,30 (10,93 - 18,48)		1,12 (0,67 - 1,86)	0,661
Ayacucho	15,29 (11,19 - 20,54)		1,17 (0,68 - 2,00)	0,575
Cajamarca	14,88 (9,95 - 21,66)	0,832	1,57 (0,79 - 3,11)	0,197
Huaraz	17,39 (12,11 - 24,33)		1,50 (0,83 - 2,72)	0,181
Puno	12,99 (9,38 - 17,71)		1,00	

(*) Prueba de independencia chi cuadradas con corrección de Rao Scott de segundo orden para muestras complejas.

(**) Pruebas de independencia en un modelo de regresión logística múltiple

ANEXOS

Factores sociodemográficos

DATOS DEMOGRÁFICOS	
1. FECHA DE NACIMIENTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DÍA	MES
<input type="text"/>	<input type="text"/>
AÑO	
NO RESPONDE <input type="text" value="99"/>	
2. EDAD	
<input type="text"/>	
NO RESPONDE <input type="text" value="99"/>	

10. ACTUALMENTE USTED ES...

Conviviente?	1
Separada?	2
Divorciada?	3
Viuda?	4
Casada?	5
Soltera?	6

Pase a P12

7. ¿CUÁL ES SU LENGUA MATERNA O LA QUE APRENDIO EN SU NIÑEZ?

- Castellano..... 1
 - Quechua..... 2
 - Aymara..... 3
 - Otro?..... 88
- (Especifique)

8. ¿CUAL FUE EL ULTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS QUE APROBO?

		GRADO U AÑO	
Sin nivel/nunca asistió a la escuela	1		Pase a P10
Inicial/ Preescolar	2		
Primaria	3		
Secundaria	4		
Bachillerato	5		
Superior no universitario	6		
Superior universitario	7		
Postgrado	8		

Indicadores suicidas

28. OBSERVE LA TARJETA 21, ¿HA TENIDO LA EXPERIENCIA O SITUACION 'A'? (¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA DESEADO MORIR?)

SI	1	Pase a P29
NO	0	

28a. ¿HA TENIDO ALGUNA DE LAS OTRAS EXPERIENCIAS O SITUACIONES DE LA TARJETA 21 'B', 'C' O 'D'?

SI	1	Pase a P30
NO	0	Pase a P46

29. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO FUE LA ÚLTIMA VEZ (QUE HA DESEADO MORIR)?

TARJETA 12

- En el último mes..... 1
- Hace más de un mes pero menos de 6 meses..... 2
- Hace más de 6 meses pero menos de un año..... 3
- Hace más de un año..... 4

30. OBSERVE LA TARJETA 21, ¿HA TENIDO LA EXPERIENCIA O SITUACION 'B'? (¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA?)

SI	1	Pase a P34
NO	0	Pase a P34

31. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO FUE LA ÚLTIMA VEZ (QUE PENSÓ EN QUITARSE LA VIDA)?

TARJETA 12

- En el último mes..... 1
- Hace más de un mes pero menos de 6 meses..... 2
- Hace más de 6 meses pero menos de un año..... 3
- Hace más de un año..... 4

32. OBSERVE LA TARJETA 21, HA TENIDO LA EXPERIENCIA O SITUACION 'C'? (¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA PLANEADO QUITARSE LA VIDA?)

SI	1	Pase a P34
NO	0	Pase a P34

33. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO FUE LA ÚLTIMA VEZ (QUE PLANEÓ QUITARSE LA VIDA)?

TARJETA 12

- En el último mes..... 1
- Hace más de un mes pero menos de 6 meses..... 2
- Hace más de 6 meses pero menos de un año..... 3
- Hace más de un año..... 4

TARJETA 21

- A1) ALGUNA VEZ EN SU (TU) VIDA HA (HAS) DESEADO MORIR.
- A2) CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE DESEASTE MORIR.
- B1) ALGUNA VEZ EN SU (TU) VIDA HA (HAS) PENSADO EN QUITARSE (QUITARTE) LA VIDA.
- B2) CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE PENSASTE EN QUITARTE LA VIDA.
- C1) ALGUNA VEZ EN SU (TU) VIDA HA (HAS) PLANEADO QUITARSE (QUITARTE) LA VIDA.
- C2) CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE PLANEASTE EN QUITARTE LA VIDA.
- D1) ALGUNA VEZ HA (HAS) INTENTADO HACERSE (HACERTE) DAÑO O QUITARSE (QUITARTE) LA VIDA.
- D2) CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE INTENTASTE QUITARTE LA VIDA.
- E) HA (HAS) TENIDO LA IDEA DE MATAR A ALGUIEN.

35. OBSERVE LA TARJETA 21, ¿HA TENIDO LA EXPERIENCIA O SITUACION 'D'? (¿ALGUNA VEZ HA INTENTADO HACERSE DANO O QUITARSE LA VIDA?)

SI	1	Pase a P46
NO	0	Pase a P46

36. ¿CUANTAS VECES EN SU VIDA LO HA INTENTADO?

37. ¿HACE CUÁNTO FUE EL ÚLTIMO (INTENTO)?

TARJETA 12

- En el último mes..... 1
- Hace más de un mes pero menos de 6 meses..... 2
- Hace más de 6 meses pero menos de un año..... 3
- Hace más de un año..... 4

38. ¿QUE HIZO EN ESA OPORTUNIDAD? **TARJETA 35**

(Acepte una respuesta)

- Tomó pastillas..... 1
- Tomó lejía o ácidos..... 2
- Tomó kerosene..... 3
- Se cortó las venas..... 4
- Se arrojó de un piso alto..... 5
- Se aventó hacia un automóvil (o carro)..... 6
- Tomó raticida o campeón..... 7
- Tomó insecticida o ~~folib~~ (DDT u otros)..... 8
- Tomó pesticida (ferrudo para plantas)..... 9
- Intentó ahorcarse..... 10
- Utilizó un arma de fuego..... 11
- Se arrojó desde una altura (bueno, cerro o montaña)..... 12
- Se tiró al río para ahogarse..... 13
- Tomó insecticida industrial (~~Prostration~~)..... 14
- Tomó hierbas (Barbasco, curare)..... 15
- Otros?..... 88

(Especifique)

39. ¿QUE MOTIVOS LO(A) LLEVARON A ELLO (INTENTAR HACERSE DANO O QUITARSE LA VIDA) LA ÚLTIMA VEZ?

	SI	NO
a. Problemas con su apariencia física?	1	0
b. Problemas o conflictos con sus padres?	1	0
c. Problemas o conflictos con sus hijos?	1	0
d. Problemas o conflictos con otros parientes?	1	0
e. Problemas o conflictos con su pareja?	1	0
f. Problemas o conflictos con sus amigos?	1	0
g. Problemas de trabajo o en su trabajo?	1	0
h. Problemas con sus estudios?	1	0
i. Problemas económicos?	1	0
j. Problemas con su salud física?	1	0
k. Preocupaciones con la salud de un familiar?	1	0
l. Separación de un familiar?	1	0
m. Muerte de pareja?	1	0
n. Separación de pareja o conyuge?	1	0
n. Muerte de un hijo(a)?	1	0
o. Muerte de alguno de sus padres?	1	0
p. Experiencia violenta, inesperada o traumática? <i>especificar</i>	1	0
q. Sin motivo aparente?	1	0
r. Otros? <i>especificar</i>	1	0
s. Detalle los motivos que lo(a) llevaron a intentar hacerse daño o quitarse la vida la última vez		
.....		
.....		
.....		
.....		

Violencia de pareja

PERSONA	15. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE INTENTOS O ACTOS SEXUALES INAPROPIADOS SE COMETIERON?								17. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PARTE DE QUIEN(ES) RECIBÍ GOLPES, PUNETES O EMPUJONES?	18. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PARTE DE QUIEN(ES) HA RECIBIDO INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS?	19. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PARTE DE QUIEN(ES) HA SIDO OBJETO O HA SUFRIDO DE CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES?	20. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR PARTE DE QUIEN(ES) SE HA SENTIDO ABANDONADA POR QUE NO LE HAN DADO ALIMENTOS, MEDICINAS, ROPA ADECUADA, NO LA HAN LLEVADO AL MÉDICO O NO LE HAN BRINDADO OTRAS NECESIDADES BÁSICAS O AFECTO?
	VOLACION	INTENTO DE VOLACION	INSULTOS	TOCAR PARTES ÍNTIMAS	ROCES O "MANOSÉOS"	MOSTRAR GENITALES	RELACIONES SEXUALES FORZADAS Y EN CONTRA DE SU VOLUNTAD	OTROS..... <i>(especificar)</i>				
16. ¿POR QUIEN?	1	2	3	4	5	6	7	88				
a. Padre	1	2	3	4	5	6	7	88	a	a	a	a
b. Madre	1	2	3	4	5	6	7	88	b	b	b	b
c. Madrastra	1	2	3	4	5	6	7	88	c	c	c	c
d. Padrastro	1	2	3	4	5	6	7	88	d	d	d	d
e. Esposo o conviviente	1	2	3	4	5	6	7	88	e	e	e	e
f. Ex esposo/ex conviviente	1	2	3	4	5	6	7	88	f	f	f	f
g. Enamorado	1	2	3	4	5	6	7	88	g	g	g	g
h. Hermano(a) mayor	1	2	3	4	5	6	7	88	h	h	h	h
i. Hermano(a) menor	1	2	3	4	5	6	7	88	i	i	i	i
j. Hijo(a)	1	2	3	4	5	6	7	88	j	j	j	j
k. Nuera/yerno	1	2	3	4	5	6	7	88	k	k	k	k
l. Nieto(a)	1	2	3	4	5	6	7	88	l	l	l	l
m. Abuelo(a)	1	2	3	4	5	6	7	88	m	m	m	m
n. Vecino(a)	1	2	3	4	5	6	7	88	n	n	n	n
o. Tío(a)	1	2	3	4	5	6	7	88	o	o	o	o
p. Primo(a)	1	2	3	4	5	6	7	88	p	p	p	p
q. Amigo(a) de la familia	1	2	3	4	5	6	7	88	q	q	q	q
r. Cuidador(a)	1	2	3	4	5	6	7	88	r	r	r	r
s. Trabajador(a) doméstico	1	2	3	4	5	6	7	88	s	s	s	s
t. Desconocido(a)	1	2	3	4	5	6	7	88	t	t	t	t
u. Otro <i>(especificar)</i>	1	2	3	4	5	6	7	88	u	u	u	u

20.1. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES CUAL(ES) CREE USTED QUE ES(SON) EL(LOS) MOTIVO(S) QUE GENERA(N) EL MALTRATO?

	SI	NO
a. ¿Factores económicos?	1	0
b. ¿El cuidado de su persona?	1	0
c. ¿Infidelidad de pareja (sacada de vuelta)?	1	0
d. ¿Celos?	1	0
e. ¿No actuar conforme exige su pareja?	1	0
f. ¿Por desacuerdo de ideas y opiniones?	1	0
g. ¿Por imposición de ideas?	1	0
h. ¿Negarse a tener relaciones sexuales?	1	0
i. ¿Por desacuerdos en los tipos o formas de tener sexo?	1	0
j. ¿Por diferencias en sus maneras de ser?	1	0
k. ¿Por estar bajo los efectos (o causa) del alcohol?	1	0
l. ¿Por estar bajo los efectos de otras drogas?	1	0
m. ¿Por desacuerdos en que hacer para distraerse?	1	0
n. ¿Porque otras personas se meten o intervienen en sus vidas?	1	0
o. ¿Sin motivo aparente?	1	0
p. ¿No sabe?	1	0
q. ¿Otros? (especifique)	1	0

21. DURANTE TODO EL PERIODO DE CONVIVENCIA, POR PARTE DE SU PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA, ALGUNA VEZ ...

TARJETA 24

	SI	NO
a. ¿Ha sido objeto (o ha sufrido) de intentos o actos sexuales inapropiados, forzados en contra de su voluntad o bajo amenazas? (F24)	1	0
b. ¿Ha recibido golpes, puñetes o empujones? (F25)	1	0
c. ¿Ha recibido insultos, agresiones verbales u ofensas? (F27)	1	0
d. ¿Ha sido objeto (o ha sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones? (F27)	1	0
e. ¿Se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonada porque no le han procurado alimentos, medicinas, ropa adecuada, no le han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas o afecto?	1	0
f. Otro? (especifique)	1	0

27. ¿CON QUE FRECUENCIA SU PAREJA O ÚLTIMA PAREJA LA... TARJETA 10

TIPO DE MALTRATO	FRECUENCIA						
	Nunca	Rara vez	1 o 2 veces/mes	1/2 veces/mes	1/2 veces/sep.	3 a 6 veces/sep.	
a. <u>Inaut</u> (a)?	0	1	2	3	4	5	6
b. <u>Humil</u> (a)?	0	1	2	3	4	5	6
c. <u>Amenaza</u> (a)?	0	1	2	3	4	5	6
d. <u>Devalua</u> (a) (bajar autoestima)?	0	1	2	3	4	5	6
e. <u>Chantajea</u> (a) o <u>manipula</u> (a)?	0	1	2	3	4	5	6
f. <u>Despreca</u> (a)?	0	1	2	3	4	5	6

23. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE CONVIVENCIA CON QUE FRECUENCIA POR PARTE DE SU PAREJA O ÚLTIMA PAREJA... TARJETA 10

TIPO DE MALTRATO	FRECUENCIA						
	NINGUNA	RARA VEZ	1 VEZ O 2 O 3 MES	1 O 2 VECES/MES	1 O 2 VECES/SEM	3 A 6 VECES/SEM	DIARIAMENTE
a. ¿Ha sido objeto (o ha sufrido) de intentos o actos sexuales inapropiados, forzados en contra de su voluntad o bajo amenazas?	0	1	2	3	4	5	6
b. ¿Ha recibido golpes, puñetes o empujones?	0	1	2	3	4	5	6
c. ¿Ha recibido insultos, agresiones verbales u ofensas?	0	1	2	3	4	5	6
d. ¿Ha sido objeto (o ha sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones?	0	1	2	3	4	5	6
e. ¿Se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonada porque no le han procurado alimentos, medicinas, ropa adecuada, no le han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas o afecto?	0	1	2	3	4	5	6
f. ¿Otro? (especifique)	0	1	2	3	4	5	6

25. GENERALMENTE, ¿DE QUE FORMA LA AGREDE O HA AGREDIDO FÍSICAMENTE SU PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA? (Marcar las formas más frecuentes)

	SI	NO
a. ¿Golpeando con la mano cerrada (puñete)?	1	0
b. ¿Golpeando con la mano abierta (cachetada)?	1	0
c. ¿Faltando?	1	0
d. ¿Jalando el cabello?	1	0
e. ¿Empujando?	1	0
f. ¿Lanzándole cosas?	1	0
g. ¿Estrangular (ahorcando)?	1	0
h. ¿Otro? (especifique)	1	0

Definición de variables

DEFINICIONES DE VARIABLES			
Definición conceptual de variable	Definición operacional, indicador	Escala de medición	Codificación
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad	Variable independiente. Años cumplidos cuando se realiza la entrevista.	Ordinal	1=18-24 años 2=25-44 años 3=45-64 años 4=65 años a más
Estado civil	Variable independiente. Soltera, casada, conviviente, separada, viuda o divorciada.	Nominal	1=Conviviente 2=Separada, divorciada, viuda 3=Casada
Grado de instrucción	Variable independiente. Último grado de instrucción que la encuestada aprobó.	Ordinal	1=Sin nivel/Inicial 2=Primaria 3=Secundaria 4=Superior
Lengua materna	Variable independiente. Lengua materna o lengua aprendida durante su niñez.	Nominal	1=Castellano 2=Quechua, Aymara y otros

Región	Variable independiente. Lugar donde habita la encuestada (provincia/departamento)	Nominal	1=Ayacucho 2=Abancay 3=Cajamarca 4=Huaraz 5=Puno
Nivel de pobreza según Necesidades básicas insatisfechas (NBIs)	Variable independiente. Se define el nivel de pobreza dependiendo de si satisface o no las necesidades básicas establecidas; si cumplen con NBIs de dos a más se define como pobre extremo, si no cumplen con ninguna son no pobres (19).	Nominal	Respuesta politémica a cuestionario. Codificación: 0=No pobre 1=Pobre 2=Pobre extremo
VIOLENCIA DE PAREJA			
Violencia de pareja	Variable independiente. Es la conducta que resulta en perjuicio, daño, sufrimiento o malestar contra la pareja, en esta se considera presente si se encuentran	Nominal	1=Presente 0=Ausente

	uno o más tipos de violencia de pareja, como física, psicológica y/o de abandono.		
Violencia física	Variable independiente. Es el abuso o maltrato a través de puñetes, empujones, entre otros.	Nominal	1=Presente 0=Ausente
Violencia psicológica	Variable independiente. Es el abuso o maltrato a través de chantajes, manipulaciones y humillaciones.	Nominal	1=Presente 0=Ausente
Violencia sexual	Variable independiente. Es el intento o ejecución de actos sexuales inadecuados.	Nominal	1=Presente 0=Ausente
Violencia por abandono	Variable independiente. Se refiere a situaciones en que a la afectada no se le ha brindado necesidades básicas como alimentos, vestimenta, atención	Nominal	1=Presente 0=Ausente

	médica, medicinas, entre otras.		
INDICADORES SUICIDAS			
Indicadores suicidas	Variable dependiente. Presencia de uno o más de los siguientes indicadores: deseos de morir, pensamiento suicida, planeamiento suicida, intento suicida, potencialidad suicida.	Nominal	1=Presente 0=Ausente
Deseo suicida	Variable dependiente. Deseos de dejar de vivir. Según el cuestionario de Salud Mental (CSM).	Nominal	1=Presente 0=Ausente
Pensamiento suicida	Variable dependiente. Pensamientos de quitarse la vida.	Nominal	1=Presente 0=Ausente
Planeamiento suicida	Variable dependiente. Organización de ideas y/o actos que realiza el sujeto de manera específica con el fin de	Nominal	1=Presente 0=Ausente

	quitarse la vida, sin aún consumar la idea.		
Intento suicida	Variable dependiente. Acción que el sujeto toma con el fin/intención de quitarse la vida/morir, puede concluir con la muerte del sujeto.	Nominal	1=Presente 0=Ausente