

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



**Violencia de pareja y calidad de vida en mujeres peruanas de la
zona rural de Iquitos-Perú**

Tesis para optar el Título Profesional de Psicóloga

Por:

Keyla Yanini Gomez Campos

Ghianella Stasy Diaz Mamani

Asesor:

Mgr. Julio Cesar Cjuno Suni

Lima, noviembre del 2023

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Julio Cesar Cjuno Suni, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“VIOLENCIA DE PAREJA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PERUANA DE LA ZONA RURAL DE IQUITOS-PERÚ”** de los autores Keyla Yanini Gomez Campos y Ghianella Stasy Diaz Mamani tiene un índice de similitud de 14% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 29 días del mes de noviembre del año 2023.



Julio Cesar Cjuno Suni

Acta de Sustentación de Tesis

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a **27 días** del mes de **noviembre** del año **2023**, siendo las **14:00 horas**, se reunieron en el la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del Señor presidente el Mtro. Cristian Edwin Adriano Rengifo, secretario la Mtra. Flor Victoria Leiva Colos y los demás miembros Vocal: Mtra. Sara Esther Richard Pérez y Asesor Mtro. Julio Cesar Cjuno Suni. Con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: Violencia de pareja y calidad de vida en mujeres peruanas de la zona rural de Iquitos-Perú: a) Bach. Ghianella Stasy Díaz Mamani b) Bach. Keyla Yanini Gomez Campos. Conducente a la obtención del título profesional de: **Psicólogo**

El presidente inició el acto académico de sustentación invitando a los candidatos hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el (los) candidatos. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Bach. Ghianella Stasy Díaz Mamani

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Merito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	19	Diecinueve	Excelente	Excelencia

Bachiller (b): Bach. Keyla Yanini Gomez Campos

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Merito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	19	Diecinueve	Excelente	Excelencia

Bachiller (c):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Merito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

Presidente



Secretario

Asesor

Miembro

Miembro

Bachiller (a)

Bachiller (b)

Bachiller (c)

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a Dios, por el amor y fuerza que renueva en nosotros cada día, lo cual nos permitió cumplir esta formación universitaria.

Agradecemos a nuestra alma mater por la formación en valores, vocación de servicio y conocimientos impartidos.

Agradecemos al Magíster Julio Cesar Cjuno Suni por el constante apoyo en la elaboración de este estudio.

A nuestras familias por la confianza que depositaron en nuestros sueños.

A nosotras mismas por la amistad que nos permitió trabajar con entusiasmo en este estudio.

Agradecimiento especial a todas las personas que participaron de este estudio, sin ellos no habría sido posible cumplir el desafío.

Índice de Contenido

Agradecimientos.....	I
Índice de Contenido.....	II
Introducción.....	5
Metodología.....	8
1. Diseño, tipo de investigación.....	8
2. Participantes.....	9
3. Instrumentos.....	9
3.1. Variable 1: violencia de pareja.....	9
3.2. Variable 2: Calidad de vida.....	10
4. Procedimiento y aspectos éticos.....	10
5. Análisis estadístico.....	11
Resultados.....	12
1. Resultados descriptivos.....	12
1.1. Datos sociodemográficos.....	12
1.2. Análisis descriptivo de las variables.....	13
2. Resultados inferenciales.....	14
Discusión.....	17
Referencias.....	21

Violencia de pareja y calidad de vida en mujeres peruanas de la zona rural de Iquitos-Perú

Intimate partner violence and quality of life in Peruvian women from the rural area of Iquitos-Peru

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la influencia de la violencia de pareja en la calidad de vida en mujeres de la zona rural de Iquitos, se contó con 121 participantes reclutadas por muestreo tipo bola de nieve. Se evaluó calidad de vida a través del European Quality of Life-5(EQ-5D-3L) y violencia de pareja mediante, la Woman Abuse Screening Tool (WAST), los resultados mostraron que el (66, 2%) de participantes percibieron violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses y el (61,2%) se identificaron con una mala calidad de vida y mayor dificultad en las dimensiones de actividades cotidianas, (16,5%) dolor/malestar (58,7%) y ansiedad/depresión (47,9%). Por otro lado, la violencia de pareja no influye en la calidad de vida; sin embargo, la variable predictora violencia de pareja se relaciona significativamente con la dimensión ansiedad/depresión de calidad de vida. Además, existe 0.29 veces más probabilidad de que la ansiedad/depresión se presenten en mujeres que experimentan violencia que en aquellas que no perciben violencia de parte de su cónyuge (OR=0.29; IC95%=0.12-0.70; $p<0.05$). Así mismo, enfermedades crónicas como diabetes/hipertensión están asociadas a un mayor riesgo de presentar dificultades en las dimensiones de calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida; violencia de pareja; Depresión; Ansiedad; indígenas.

Abstract

The objective of this study was to determine the influence of intimate partner violence on the quality of life in women in the rural area of Iquitos. There were 121 participants recruited by snowball sampling. Quality of life was assessed through the European Quality of Life-5 (EQ-5D-3L) and intimate partner violence through the Woman Abuse Screening Tool (WAST). The results showed that (66.2%) of participants perceived violence by their partner in the last 12 months and (61.2%) identified themselves with a poor quality of life and greater difficulty in the dimensions of daily activities, (16.5%) pain/discomfort (58.7 %) and anxiety/depression (47.9%). On the other hand, intimate partner violence does not influence the quality of life; However, the predictor variable intimate partner violence is significantly related to the anxiety/depression dimension of quality of life. Furthermore, anxiety/depression is 0.29 times more likely to occur in women who experience violence than in those who do not perceive violence from their spouse (OR=0.29; 95% CI=0.12-0.70; $p<0.05$). Likewise, chronic diseases such as diabetes/hypertension are associated with a greater risk of presenting difficulties in quality of life dimensions.

Keywords: Quality of life; intimate partner violence; Depression; Anxiety; natives.

Introducción

La violencia de pareja que se ejerce hacia las mujeres se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Esta comprende cualquier conducta activa o pasiva que dañe o tenga la intención de dañar la integridad de la mujer, ocasionando daño físico, emocional, sexual e incluso la muerte, por parte de la pareja o ex pareja (Jaen et al., 2015). En el mundo casi un tercio (27%) de las mujeres de 15 a 49 años reportaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja al menos una vez en su vida y, la mayoría de estos casos están presentes en países y regiones con menos desarrollo (OMS, 2021).

Amplios estudios respaldan que la violencia se relaciona con otros problemas de salud (Plazaola & Ruiz, 2004). Un reporte de Australia con 358 participantes mostró que, las mujeres que alguna vez experimentaron abuso doméstico sufrieron más efectos nocivos en su salud mental que aquellas que no experimentaron dicho abuso (Roberts et al., 2008), mientras que en Madrid, se encontró que la violencia de pareja íntima no percibida en mujeres es 2,6 veces más frecuente que la violencia de pareja íntima percibida y, se asocia al menos a tantos problemas de salud como esta última (Sonego et al., 2013). Otro estudio en México con 470 mujeres, evidenció que el 41,9% experimentó violencia de pareja, lo que incrementaba el riesgo de sufrir depresión, además, la violencia psicológica se asocia fuertemente con trastornos mentales y la violencia física se asocia con un estado de salud y una calidad de vida deteriorada (Guzmán et al., 2021). Así mismo, otra exploración en 139 mujeres mexicanas, concluyó que aquellas con relaciones de pareja violentas se perciben con un menor bienestar subjetivo (Flores et al., 2019). Es así que las mujeres víctimas de violencia de pareja tienden a padecer mayor número de

problemas físicos, psicológicos, neurológicos y cognitivos (Campbell & Lewandowski, 1997).

En el Perú de cada 10 mujeres 5 fueron víctimas de violencia familiar ejercida alguna vez por el esposo o conviviente (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2020). En 2022 el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables (MIMP), atendió más de 160 mil casos de violencia de género a través de los centros de emergencia mujer (CEM), siendo la modalidad más común la violencia psicológica (46,3 %), física (39,6 %), sexual (13,7 %) y la económica y/o patrimonial (0,4 %) (Ministerio de la Mujer Y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2022).

El 58.9 % de peruanos expresa tolerancia social a la violencia contra las mujeres, es decir, más de la mitad de población ha normalizado y aceptado esta problemática en sus vidas (Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales [ENARES], 2019). En este sentido, el INEI (2022), reportó que 37 de cada 100 mujeres maltratadas buscó algún tipo de ayuda en personas cercanas y sólo 29 de estas buscó ayuda en instituciones gubernamentales; por otro lado, el 47,8% no buscó ayuda por diferentes razones, como: no lo consideró necesario (47,8 %), por vergüenza (14,7 %), por desconocimiento de servicios (12,0 %), por miedo a que la agredan nuevamente o a sus hijos (7,5 %), miedo a causarle un problema al agresor (5,6 %), porque ella tiene la culpa (3,4 %), miedo a la separación (2,9 %), porque es algo normal (1,3 %) y por otras razones (1,7 %).

El departamento de Loreto atendió 2 531 casos de violencia en el año 2021, y 906 casos entre los meses de enero y abril del 2022; sin embargo, esta región sólo cuenta con una Fiscalía Especializada en Delitos de Violencia Contra la Mujer para atender a sus ocho provincias y, la situación de los CEM es crítica por falta de

profesionales, lo que imposibilita la atención oportuna de las víctimas (Defensoría del Pueblo, 2022).

Así mismo, de cada 10 investigaciones en el Perú, 7 se han realizado en zonas urbanas, mientras que solo 3 son exclusivos de la zona rural (Pontificia Universidad Católica Del Perú [PUCP], 2016). Por ello, los hallazgos de esta investigación, permitirán a las instituciones e interesados diseñar e implementar nuevos programas en pro de las víctimas de violencia, en zonas rurales de la selva del Perú.

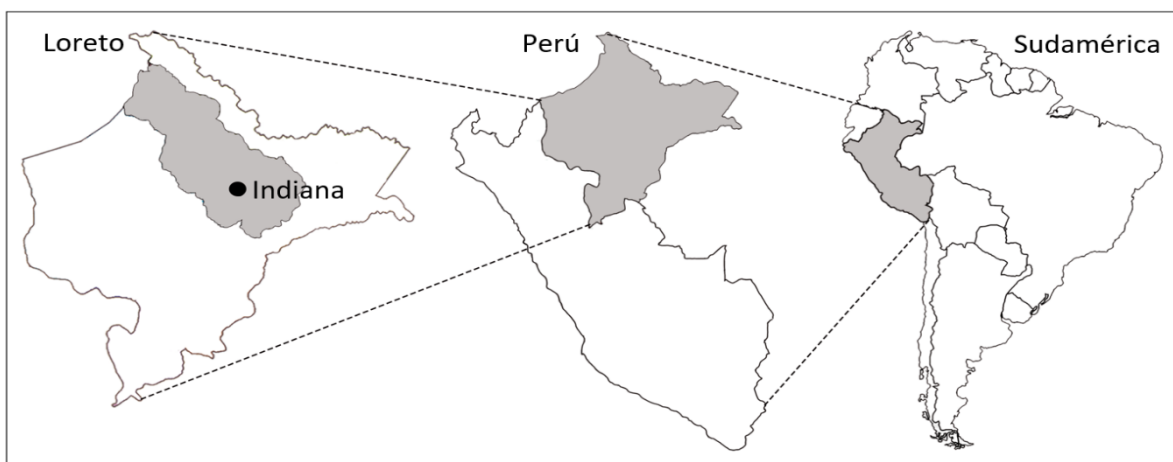
Metodología

1. Diseño, tipo de investigación

El Estudio fue enfoque cuantitativo, diseño transversal no experimental y alcance predictivo (Hernández & Mendoza, 2018). Se recolectó los datos en la comunidad de Sinchicuy situada en la región Loreto-Perú, la cual tiene el mayor número de comunidades nativas en el Perú con un (39,5%) (Municipalidad Provincial de Maynas, 2021). Esta se sitúa a la ribera del río Amazonas, es habitada por aproximadamente 450 pobladores que componen alrededor de 67 familias. Cuenta con una institución educativa del nivel inicial, primario y secundario, un local comunal y un centro de salud de primer nivel. Por otro lado, está población carece de los servicios básicos, como agua potable, desagüe y luz eléctrica. La principal fuente de ingreso económico de las familias es la agricultura, caza, pesca, crianza de animales de corral y producción de artesanía (Alva & López, 2021).

Figura 1

Localización geográfica del distrito de Indiana de la provincia de Maynas en el departamento de Loreto- Perú.



2. Participantes

La población de estudio fueron mujeres que residían en el distrito de Indiana de la provincia de Maynas, mientras que la muestra fue obtenida por un muestro no probabilístico, de tipo bola de nieve que logro una muestra de 121 mujeres que residían y frecuentaban la comunidad de Sinchicuy. Como criterios de inclusión se tomó en cuenta a las mujeres de entre 18 y 45 años, que tengan pareja o ex pareja en los últimos 12 meses y aquellas que hayan firmado el consentimiento informado; sin embargo, se excluyó a aquellas que presentaron una condición mental que impidiera contestar coherentemente la encuesta, y aquellas que respondieron parcialmente.

3. Instrumentos

3.1. *Variable 1: violencia de pareja*

Esta variable fue evaluada con la Woman Abuse Screening Tool (WAST) y desarrollada originalmente en Estados Unidos, con la fin de identificar abuso psicológico, físico y sexual hacia las mujeres por parte de su pareja o expareja en los últimos 12 meses (Brown et al., 1996). En su inicio contaba con 7 ítems, de respuesta tipo Likert de 1 a 3, donde 1 era la opción de menor intensidad o frecuencia (Binfa et al., 2018). Sin embargo, en una versión analizada en la ciudad de México fue incluido un ítem que fue importante para complementar el instrumento (Fogarty & Brown, 2022). Para su adaptación y validez en Perú se contó con 417 estudiantes universitarias, se realizaron análisis descriptivos, se verificó la validez de contenido a través del V de Aiken, así como la validez de constructo por análisis factorial confirmatorio (AFC) y la fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach y Omega de McDonald. Tales análisis se realizaron con el programa estadístico R studio. Con respecto a la validez de contenido se encontró adecuados valores, como

V Aiken ($V = 0.89 - 1.00$); asimismo, con el análisis factorial (AFC) el modelo de un solo factor mostró mejores valores en los índices de ajuste como $\chi^2 = 48.037$; $GFI = 0.997$; $CFI = 0.994$; $TLI = 0.992$; $SRMR = 0.049$; $RMSEA = 0.058$ y en cuanto a la fiabilidad reportó un $\alpha = 0.86$ y $\omega = 0.90$, valores que demuestran que el instrumento es confiable (Cjuno et al., 2022).

3.2. Variable 2: Calidad de vida

Para medir esta variable se usó The European Quality of Life-5 (EQ-5D-3L) se introdujo en 1990; por el Grupo EuroQol; su finalidad es describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), está disponible en más de 170 idiomas y cuenta con 5 dimensiones: (Dolor/Incomodidad, Ansiedad/ Depresión, movilidad, autocuidado, y actividades habituales), las cuales pueden tener tres posibles opciones de respuesta según su presencia: (ausencia, presencia moderada y presencia severa). Este cuestionario se complementa con una Escala visual análoga (EVA) que mide el estado de salud actual, puntuado en dos extremos 0 y 100, peor y mejor estado de salud imaginables (EuroQol Research Foundation, 2018; 2014; 2017). Este cuestionario ha sido utilizado y reconocido a nivel mundial, asimismo estudios previos han usado este instrumento en Latinoamérica (Cuervo et al., 2018; Villanueva et al., 2013). En cuanto a Perú, no existe validación, sin embargo, varios artículos publicados en revistas peruanas lo han utilizado (Figuroa et al., 2019, 2022).

4. Procedimiento y aspectos éticos

Para recolectar los datos, primero se visitó a las autoridades de la comunidad para solicitar un permiso de ingreso libre a los domicilios como investigadores. Posterior a ello, se aplicaron los cuestionarios de violencia y calidad de vida de forma individual a través de entrevistas domiciliarias; por otro lado, antes de la aplicación se solicitó

el consentimiento informado de cada participante, haciendo hincapié en la confidencialidad de sus respuestas. Se finalizó agradeciendo la disposición del participante.

Originalmente el estudio fue aprobado por el comité de ética de la Escuela de Psicología de la Universidad Peruana Unión-Lima (2022-CE-FCS-UPeU-179). Así mismo se respetó todos los principios éticos para la investigación en seres humanos desarrollada por Helsinki (World Medical Association, 2013), tales como los principios de autonomía, confidencialidad y justicia.

5. Análisis estadístico

A nivel univariado se estimaron medidas de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, medidas de tendencia central y la dispersión para las variables numéricas. A nivel bivariado empleamos la prueba no paramétrica chi cuadrado, debido a que las variables fueron transformadas a categóricas, dicotómicas y estimamos las relaciones existentes. A nivel multivariado, se usó la regresión logística binaria, para determinar las variables predictoras y, se verificó los supuestos estadísticos. Para analizar la base de datos se empleó Excel Microsoft versión 365 y el programa estadístico R Studio versión 4.1.3.

Resultados

1. Resultados descriptivos

1.1. Datos sociodemográficos

Se analizaron los datos de 121 mujeres de la comunidad de Sinchicuy. La edad promedio fue 32 años, en cuanto al grado de instrucción, 63 (52,1%) presenta estudios secundarios o superiores (ya sean completos e incompletos) así mismo, 103 (85,1%) se reportaron como casadas o convivientes, 76 (62,8%) pertenecen a una religión como (evangélica, bautista u otras) y 46 (38%) confirmaron la presencia de algún tipo de enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1
Datos sociodemográficos de la comunidad.

Edad	M	DE
	32.13	8.11
Grado de instrucción		
Sin instrucción/primaria complete e incompleta	58	47.9
Secundaria/ superior complete e incompleta	63	52.1
Estado civil		
Soltero/divorciado/viudo	18	14.4
Casado/Conviviente	103	85.1
Religión		
Católica	45	37.2
Otras religiones (evangélica, bautista y otros)	76	62.8
Enfermedad		
Ninguna	75	62.0
Diabetes y/o hipertensión	26	21.5
Otras enfermedades	20	16.5
Ingreso económico mensual		
Desde 931 soles a más	19	15.7
Menor de 360 soles	37	30.6
Entre 361 a 930 soles	65	53.7

1.2. Análisis descriptivo de las variables

En cuanto a calidad de vida (CdV) la mayoría de participantes muestran dificultad moderada o severa en las dimensiones de esta variable. 13 (10,7%) presentan dificultad en movilidad, 5 (4,1%) en cuidado personal, 20 (16,5%) tiene alguna complicación para realizar sus actividades cotidianas, 71 (58,7%) manifiesta dolor o malestar; y 58 (47,9%) se identificó con ansiedad o depresión.

Con respecto a la “Escala visual análoga” (EVA), arrojo que el 74 (61,2%) de mujeres se perciben con una mala calidad de vida.

Con respecto a la variable “violencia de pareja”, se encontró que 68 (56, 2%) de las participantes muestran presencia de violencia por parte de su pareja o expareja en los últimos doce meses (Tabla 2).

Tabla 2
Calidad de vida y violencia de pareja

Variables	n	%
Movilidad		
Nada de dificultad	108	89.3
Dificultad moderado o severo	13	10.7
Cuidado personal		
Nada de dificultad	116	95.9
Dificultad moderado o severo	5	4.1
Actividades cotidianas		
Nada de dificultad	101	83.5
Dificultad moderado o severo	20	16.5
Dolor y malestar		
Ningún dolor o malestar	50	41.3
Con dolor o malestar moderado o severo	71	58.7
Ansiedad o depresión		
Sin ansiedad o depresión	63	52.1
Con ansiedad o depresión moderada a severa	58	47.9
Calidad de vida (Escala visual análoga)		
Mala calidad de vida	74	61.2
Buena calidad de vida	47	38.8
Violencia de pareja		
Ausencia	53	43.8
Presencia	68	56.2

2. Resultados inferenciales

La variable calidad de vida no se relaciona con la violencia de pareja; sin embargo, la dimensión ansiedad y depresión de la calidad de vida si se relaciona con violencia de pareja ($p=0.010$) (Tabla 3).

Tabla 3
Asociación de variables.

	Violencia de pareja				p value
	Con indicadores de violencia		Sin indicadores de violencia		
	n	%	n	%	
Calidad de Vida (EVA)					
Mala calidad de vida	30	40.5	44	59.5	0,452
Buena calidad de vida	23	48.9	24	51.1	
Ansiedad o depresión					
Sin ansiedad o depresión	35	55.6	28	44.4	0,010*
Ansiedad o depresión moderada y severa	18	31.0	40	69.0	
Dolor y malestar					
Ningún dolor o malestar	21	42.0	29	58.0	0,853
Dolor o malestar moderado y severo	32	45.1	39	54.9	
Actividades cotidianas					
Nada de dificultad	47	46.5	54	53.5	0,221
Dificultad moderado y severo	6	30.0	14	70.0	
Cuidado personal					
Nada de dificultad	52	44.8	64	55.2	0,384
Dificultad moderado o severo	1	20.0	4	80.0	
Movilidad					
Nada de dificultad	46	42.6	62	57.4	0,557
Dificultad moderado o severo	7	53.8	6	46.2	

El odds (probabilidad) de los que reportaron indicadores de violencia de pareja es 0.29 veces mayor para padecer ansiedad o depresión comparado con los que no presentaron indicadores de violencia (OR=0.29; IC95%=0.12-0.70; $p<0.05$). Por otro lado, aquellas que tenían diagnósticos de diabetes o hipertensión tenían 0.19 veces mayor probabilidad de padecer dificultades en las actividades cotidianas (OR=0,19 IC 95%=0,05-0.75, $p<0.05$), así mismo, tienen 0,20 veces más riesgo de padecer dolor y malestar (OR=0,20 IC95%=0,05-0.72 $p<0.05$); además, 0.17 veces mayor probabilidad de padecer ansiedad o depresión (OR=0,17 IC95%=0,05-0.60 $p<0.05$) en comparación con aquellos que no presentaban diagnósticos de diabetes e hipertensión (Tabla 4).

Tabla 4

Regresión logística binaria.

Variables	Movilidad	Cuidado personal	Actividades cotidianas	Dolor y malestar	Ansiedad o depresión	Calidad de vida EVA
	OR [IC95%]	OR [IC95%]	OR [IC95%]	OR [IC95%]	OR [IC95%]	OR [IC95%]
Edad	0.95 [0.87 - 1.04]	0.93 [0.81 - 1.07]	0.99 [0.92 - 1.06]	1.04 [0.99 - 1.11]	0.99 [0.94 - 1.05]	1.00 [0.95 - 1.06]
Grado de instrucción						
Sin instrucción/primaria incompleta o Completa	Ref.					
Secundaria/superior completa e incompleta	2.66 [0.55 - 12.48]	0.38 [0.03 - 4.48]	0.98 [0.31 - 3.11]	1.91 [0.78 - 4.66]	0.96 [0.41 - 2.22]	0.57 [0.25 - 1.31]
Estado civil						
Soltero	Ref.					
Divorciada Viuda Casado conviviente	1.10 [0.15 - 8.31]	1.25 [0.09 - 17.61]	1.15 [0.25 - 5.37]	1.47 [0.43 - 4.99]	0.65 [0.21 - 2.03]	0.85 [0.27 - 2.67]
Religión						
Católica	Ref.					
Otras religiones (Evangélico, bautista y otras)	2.53 [0.63 - 10.19]	2.54 [0.32 - 19.90]	0.49 [0.16 - 1.54]	0.57 [0.23 - 1.41]	0.95 [0.41 - 2.18]	1.50 [0.66 - 3.43]
Enfermedad en historia clínica						
Ninguno	Ref.					
Diabetes y/o hipertensión	0.21 [0.03 - 1.40]	0.40 [0.03 - 5.78]	0.19* [0.05 - 0.75]	0.20* [0.05 - 0.72]	0.17* [0.05 - 0.60]	2.07 [0.66 - 6.51]
Otras enfermedades	3.02 [0.55 - 16.44]	1.96 [0.13 - 28.97]	1.02 [0.25 - 4.07]	2.35 [0.43 - 12.89]	0.55 [0.14 - 2.16]	0.55 [0.14 - 2.20]
Ingreso económico mensual						
Desde 931 soles a más	Ref.					
Menos de 360 soles	5.48 [0.94 - 31.97]	1.36 [0.10 - 19.01]	1.68 [0.34 - 8.21]	2.37 [0.67 - 8.43]	1.71 [0.53 - 5.46]	0.61 [0.20 - 1.89]
Entre 360 a 930 soles	2.63 [0.52 - 13.24]	0.64 [0.05 - 8.22]	2.81 [0.86 - 9.18]	1.83 [0.68 - 4.94]	2.00 [0.79 - 5.07]	0.47 [0.19 - 1.21]
Violencia de pareja						
Sin indicadores de violencia	Ref.					
Con indicadores de violencia	1.54 [0.37 - 6.39]	0.33 [0.03 - 4.02]	0.45 [0.14 - 1.47]	0.71 [0.28 - 1.79]	0.29* [0.12 - 0.70]	1.68 [0.72 - 3.93]

Discusión

En la comunidad de Sinchicuy se encontró que más de la mitad de las encuestadas experimenta violencia de pareja y una mala calidad de vida, además existen variables predictoras como el diagnóstico de diabetes/ hipertensión y violencia de pareja que aumentan las probabilidades de deterioro en las funciones de calidad de vida.

Uno de los primeros hallazgos del estudio indica que, 66, 2% de las participantes percibieron violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses, similar a esto, en México el 63,2% de 386 mujeres indígenas presentaron indicadores de violencia (Nava et al., 2017). Así mismo, en Perú el 64,2% de 1084 mujeres reportaron esta problemática (Rodriguez & Alarco, 2021). Para Coll et.,al (2020) resalta que las mujeres más jóvenes o que viven en áreas rurales tienden a estar más expuestas a sufrir violencia de pareja, y Cairra et.,al (2022) agrega que personas de mayor edad y menor nivel educativo expresan mayor tolerancia a este fenómeno, mientras tanto Burgos (2021) considera antecedentes de violencia intrafamiliar y consumo de alcohol por parte del conyugue son un fuerte factor de riesgo. Así mismo, la evidencia también indica que las mujeres con actitud normalizada ante las agresiones, contribuyen al sostenimiento del ciclo de la violencia ya que se culpan a sí mismas y dan el mensaje de impunidad a sus agresores (Hadush et al., 2023). Por otro lado la baja autonomía financiera de la mujer respecto a su marido aumenta el riesgo de que estas sean maltratadas (Tu & Lou, 2017).

Con respecto a calidad de vida, el estudio contempla a través de la “Escala visual análoga” (EVA), que el 61,2% de las encuestadas se perciben con una mala calidad de vida y dificultad moderada o severa en las dimensiones de actividades cotidianas (16,5%), dolor o malestar (58,7%) y ansiedad o depresión (47,9%). De la misma

forma Pariente et., al (2020) reportaron que un grupo mixto de 355 encuestados, las 198 mujeres se percibían con menor calidad de vida que los varones, y la mayoría de estas presentaba dificultad a nivel moderado y alto en las dimensiones de la calidad de vida, para Ramin et., al (2015), un factor que contribuye a esta realidad, es que las mujeres que realizan escasas actividades económicas, no perciben ingresos estables. Así mismo, Malik et.,al (2021) resalta que tener un estatus socioeconómico bajo y vivir en el área rural son un fuerte predictor de una peor calidad de vida. Para Leung et.,al (2005) añade que ser víctima de violencia de pareja en cualquiera de sus modalidades están asociados a una disminuida calidad de vida. Otros estudios refieren que ser mujer, tener una enfermedad, un menor nivel educativo y pasar mucho tiempo a solas, también se relacionada a esta problemática (Pariente Rodrigo et al., 2020; Rivas et al., 2011).

Se ha encontrado que la violencia de pareja no influye en la calidad de vida. Esto concuerda con un estudio en México, donde no se encontró relación significativa entre violencia y calidad de vida relacionada con la salud. Estos resultados, estarían influenciados por la normalización de la violencia, las prácticas culturales, las expectativas de vida de las áreas rurales y sus creencias religiosas (García et al., 2018).

En contraste, un estudio en las aldeas de Pakistán mostró una asociación positiva entre violencia de pareja, mala calidad de vida percibida y mala salud (Nowshad et al., 2022). Así mismo algunos investigadores (2015) hallaron relación negativa entre las dimensiones de la violencia doméstica y todos los dominios de la calidad de vida relacionada con la salud. En este sentido Hisasue et al.,(2020) demostró que mujeres no necesariamente indígenas, expuestas a cualquier tipo de violencia tenían puntuaciones significativamente peores en calidad de vida. Esto ocurre, ya que la

violencia genera deterioro en la salud mental y física, lo cual a su vez disminuye la satisfacción con la vida (Malik et al., 2021).

Por otro lado, la violencia de pareja se relaciona significativamente con la dimensión ansiedad/depresión de calidad de vida. Incluso existe 0.29 veces más probabilidad de que estos trastornos se presenten en las mujeres que experimentan violencia que en aquellas que no perciben violencia de parte de su cónyuge. Así mismo otras exploraciones encontraron que el riesgo de depresión aumenta con la violencia de pareja en cualquiera de sus modalidades (AOR= 1,97; IC 95%: 1, 39-2,77) (Guzmán et al., 2021; Nowshad et al., 2022). Similar a esto, en Bangladés se halló que la gravedad de la violencia de pareja estaba directamente asociada con riesgo de episodio depresivo mayor (RR = 1,72, IC del 95 %: 1,23, 2,40) (Precious et al., 2019). Un factor vinculado a la depresión es la falta de autorrealización de las mujeres indígenas dado que su rol de género las limita a dedicarse en las tareas domésticas, además de vivir aisladas de la sociedad y sin acceso a los recursos financieros, dejándolas expuestas a una relación violenta (Aguerrebere et al., 2021). Otro hallazgo de este estudio, muestra que las mujeres con diagnósticos de diabetes o hipertensión tenían 0.19 veces mayor probabilidad de padecer dificultades en las actividades cotidianas y 0,20 veces más riesgo de padecer dolor malestar y 0.17 veces mayor probabilidad de padecer ansiedad o depresión en comparación con aquellas que no presentaban estos diagnósticos. Con respecto a esto, Jagtap et al., (2020) afirma que la diabetes coexiste en un 50% con los trastornos de ansiedad y depresión. Así también, estudios similares señalan que la depresión y ansiedad entre los pacientes con diabetes e hipertensión es mayor que en la población general (Alzahrani et al., 2019; Constantino et al., 2014; Engum, 2007). Esto se debe a que las situaciones de estrés y enfermedades provocan modificaciones tanto

emocionales como físicas en los pacientes, por lo que presentan ansiedad, depresión, ira, negación e incluso pasividad, lo que afecta su calidad de vida (Jaén et al., 2014; Rubin & Peyrot, 1999).

Limitaciones

Es imprescindible mostrar algunas limitaciones del este estudio, una de ellas es la muestra reducida de 121 mujeres de comunidades originarias; sin embargo, se logró recolectar este número de participantes a pesar del difícil acceso y escasa población en la zona. Otra limitante, fue que el instrumento para medir calidad de vida (EQ-5D-3L) no brinda al público sus propiedades psicométricas, sin embargo, ha sido adaptado y traducido en diversos países e idiomas, además de ser utilizado en diversos estudios en Perú, así mismo es de fácil comprensión tomando en cuenta la baja escolaridad de los participantes (Figuroa-Quiñones et al., 2022; 2019).

Conclusiones

En conclusión, si bien no hubo una correlación significativa entre las variables de estudio, se encontró que las variables predictoras violencia de pareja, y enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión están asociadas a un mayor riesgo de padecer dificultades en las dimensiones de calidad de vida. Por lo cual es necesario crear políticas de sensibilización sobre: el impacto de la violencia en la salud mental, redes de apoyo para las víctimas de violencia, y promoción de buenas prácticas en la familia, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de esta población

Declaración de financiamiento y de conflicto de interés:

Los autores declaran que este estudio es autofinanciado y no hay conflictos de interés potenciales.

Referencias

- Aguerreberre, M., Frias, S., Smith, M., Lopez, R., & Raviola, G. (2021, September 1). Intimate partner violence types and symptoms of common mental disorders in a rural community of Chiapas, Mexico: Implications for global mental-health practice. *PLOS ONE*, *16*(9), e0256850.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0256850>
- Alva, F., & López, M. (2021). Caracterización del Departamento de Loreto. *19 de Julio*, 1–10. <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Iquitos/loreto-caracterizacion.pdf>
- Alzahrani, A., Alghamdi, A., Alqarni, T., Alshareef, R., & Alzahrani, A. (2019). Prevalence and predictors of depression, anxiety, and stress symptoms among patients with type II diabetes attending primary healthcare centers in the western region of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, *13*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S13033-019-0307-6/TABLES/4>
- Binfa, L., Cancino, V., Ugarte, I., Mella, M., & Cavada, G. (2018). Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Revista Médica de Chile*, *146*(3), 331–340. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300331>
- Brown, J., Lent, B., Brett, P., & Pederson, L. (1996). Development of the woman abuse screening tool for use in family practice. *Family Medicine*, *28*(6), 422–428. https://www.researchgate.net/publication/14412197_Development_of_the_Woman_Abuse_Screening_Tool_for_use_in_family_practice/link/571f9bd308aead26e71b6b05/download

- Burgos, R., Soriano, A., Bendezu, G., Urrunaga, D., Toro, C., & Benites, V. (2021). Intimate partner violence against reproductive-age women and associated factors in Peru: evidence from national surveys, 2015–2017. *Heliyon*, 7(7), 1–7. <https://doi.org/10.1016/J.HELIYON.2021.E07478>
- Caira, B., Fernández, D., & Ramón, V. (2022). Factores Sociodemográficos Asociados a la Tolerancia Social a la Violencia de Pareja en Perú: Evidencia de la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales 2019. *Revista de Violencia Interpersonal (JIV)*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/08862605221120897>
- Campbell, J. C., & Lewandowski, L. A. (1997). Mental and Physical health effects Of Intimate Parther violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 353–374. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70317-8](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70317-8)
- Cjuno, J., Adriano, C., Bazan, E., Polo, R., & Alvarado, M. (2022). Adaptation and validation of the woman abuse screening tool (WAST) in peruvian university students. *Revista Avft*, 41(6), 1–7. <https://doi.org/http://doi.org/10.5281/zenodo.7225831>
- Coll, C., Ewerling, F., Moreno, C., Hellwig, F., & Barros, A. (2020). Intimate partner violence in 46 low-income and middle-income countries: an appraisal of the most vulnerable groups of women using national health surveys. *BMJ Global Health*, 5, 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002208>
- Constantino, A., Bocanegra, M., & León, F. (2014). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Revista Médica Herediana*, 25(4), 196–203. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n4/a03v25n4.pdf>
- Cuervo, F. M., Santos, A. M., Saldarriaga, E. L., Angarita, I., Rueda, J. C., Giraldo, R., Ballesteros, J. G., Peláez-Ballestas, I., Forero, E., Ramírez, J., Toro, C. E., &

- Londoño, J. D. (2018). Reporte de EQ-5D-3L en población sana, enfermos reumáticos y enfermos no reumáticos. *Medicina (Bogotá)*, 87–89.
<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1290/1551>
- Defensoría del Pueblo. (2022). *Defensoría del Pueblo pide declarar en emergencia situación de violencia hacia las mujeres en Loreto*. .
<https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/defensoria-del-pueblo-pide-declarar-en-emergencia-situacion-de-violencia-hacia-las-mujeres-en-loreto/>
- Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales [ENARES]. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales [ENARES]*. Observatorio Nacional de La Violencia Contra Las Mujeres y Los Integrantes Del Grupo Familiar.
https://observatorioviolencia.pe/enares/#Encuesta_Nacional_sobre_Relaciones_Sociales_ENARES
- Engum, A. (2007). The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 31–38.
<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2006.07.009>
- EuroQol Research Foundation. (2018). User GuideEQ-5D-3L User Guide Basic Information On How to use the EQ-5D-3L instrument. *EuroQol Research Foundation*, 1–33. <https://euroqol.org/publications/user-guides.%0AHow>
- Figueroa-Quiñones, J., Cjuno, J., Machay-Pak, D., & Ipanaqué-Zapata, M. (2022). Quality of Life and Depressive Symptoms Among Peruvian University Students During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13(February), 1–9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.781561>
- Figueroa, J., Cjuno, J., Ipanaqué, J., Ipanaqué, M., & Taype, A. (2019). Calidad de vida en Migrantes Venezolanos en dos ciudades del Norte del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 3, 383–391.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4517>

Figueroa, J., Cjuno, J., Machay, D., & Ipanaque, M. (2022). Quality of Life and Depressive Symptoms Among Peruvian University Students During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology* , 13, 1–9.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.781561>

Flores, M., Córtes, M., Morales, M. T., Campos, M., García, T., & Correa, F. (2019, March 13). Bienestar subjetivo de mujeres en relaciones de pareja con y sin violencia. *Enseñanza e Investigación En Psicología* , 318–328.

<https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/71/56>

Fogarty, C., & Brown, J. (2022). Screening for Abuse in Spanish-speaking Women. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 15, 101–111.

<http://www.jabfm.org/>

García, L., Casique, L., Álvarez, A., Nuéz, C., & Cortaza, L. (2018). Relación entre la violencia, consumo de drogas y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres-estudio de caso en la region sur de Jalisco, Mexico. *Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 6(4), 64–78.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6870930>

Guzmán, C., Cupul, L., Guimarães, G., Salazar, E., Salmerón, J., & Reynales, L. (2021). violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud en México. *Gaceta Sanitaria*, 35(2), 161–167.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005>

Hadush, F., Tsegaye, D., Legass, S. A., Abebe, E., & Zenu, S. (2023). Factors contributing to the high prevalence of intimate partner violence among south Sudanese refugee women in Ethiopia. *BMC Public Health*, 23(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16343-x>

- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. In *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (Vol. 10). Editorial Mc Graw Hill Education.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Hisasue, T., Kruse, M., Raitanen, J., Paavilainen, E., & Rissanen, P. (2020). *Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland*. 20, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00950-6>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022, October 3). *37 de cada 100 mujeres fueron víctimas de violencia física y/o sexual*.
<https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/37-de-cada-100-mujeres-fueron-victimas-de-violenci/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2020). *Encuesta Demográfica y de salud familiar ENDES 2020*.
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf
- Jaen, C., Rivera, S., Amrín, E., & Leonor, R. (2015). Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2224–2239. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30012-6](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30012-6)
- Jaén, F., Mediavilla, J., Navarrete, N., Ramos, J., Fernández C., & Jiménez, J. (2014). Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 31, 7–13. <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.hipert.2013.08.001>
- Leung, T. W., Leung, W. C., Ng, E. H. Y., & Ho, P. C. (2005). Quality of life of victims

- of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90(3), 258–262. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.05.010>
- Malik, M., Munir, N., Usman Ghani, M., & Ahmad, N. (2021). Domestic violence and its relationship with depression, anxiety and quality of life: A hidden dilemma of Pakistani women. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(1), 191. <https://doi.org/10.12669/PJMS.37.1.2893>
- Ministerio de la Mujer Y Poblaciones Vulnerables [MIMP]. (2022). *Más de 160 mil personas fueron atendidas por los Centros de Emergencia Mujer y el Servicio de Atención Urgente*. <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/579755-mas-de-160-mil-personas-fueron-atendidas-por-los-centros-de-emergencia-mujer-y-el-servicio-de-atencion-urgente>
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L*. https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf
- Municipalidad Provincial de Maynas. (2021). *Memoria Anual 2021*. www.munimaynas.gob.pe
- Nava, V., Onofre, D., & Báez, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 162–169. <https://doi.org/10.1016/J.REU.2017.05.002>
- Nowshad, G., Jahan, N., Shah, N. Z., Ali, N., Ali, T., Alam, S., Khan, A., Mahmood, M. A., Saba, M., Arnone, D., & Shah, S. M. (2022). Intimate-partner violence and its association with symptoms of depression, perceived health, and quality of life in the Himalayan Mountain Villages of Gilgit Baltistan. *PloS One*, 17(9), e0268735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268735>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, March). *Violencia contra la mujer*. 9 de Marzo de Marzo. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>
- Pariante Rodrigo, E., García-Garrido, A. B., Lara Torres, M., García Martínez, A., Montes Pérez, M., Andino López, J., Otero Cabanillas, N., & Ramos Barrón, M. C. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud en hipertensión: un análisis diferenciado por género en población de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 94(October), 59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721432&info=resumen&idioma=ENG>
- Plazaola, J., & Ruiz, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica*, 122(12), 461–467. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(04\)74273-6](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74273-6)
- Pontificia Universidad Católica Del Perú [PUCP]. (2016). *Violencia contra las mujeres rurales: una etnografía del Estado Peruano*. Pontificia Universidad Católica Del Perú. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/46770512/Cuaderno-34-Crisostomo2-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1666062980&Signature=IUZXNrKqMmKh8DXOo4OsaWJp6A4MbeBPAjosciTMKdyIt5uP~86dn2~Htsh2cof~A3u1dwyVkzkz65PfNoPXCQ-jFtZiwKflfEE32lxpgevJyZ0zK1NgHpHml-uU2Wu0NALM>
- Ramin, S., Reshadat, S., Rajabi, N., Salimi, Y., & Norouzi, M. (2015). The Relationship Between Rural Women's Health-Related Quality of Life and Domestic Violence. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 17(4), 978. <https://doi.org/10.17795/ZJRMS978>
- Rivas, V., García, H., Cruz, A., Morales, F., Enriquez, R., & Ramon, J. (2011).

Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo

2. 17, 1–7. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>

Roberts, G. L., Williams, G. M., Lawrence, J. M., & Raphael, B. (2008). How Does Domestic Violence Affect Women's Mental Health? *Women & Health, 28*(1), 117–129. https://doi.org/10.1300/J013V28N01_08

Rodriguez, M., & Alarco, J. (2021). Las mujeres que sufren de maltrato infantil tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de violencia ejercida por la pareja en Perú. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 24*. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210058>

Rubin, R., & Peyrot, M. (1999, January 8). Quality of life and diabetes . *Diabetes/Metabolismo Reserch and Reviews, 1–14*.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291520-7560%28199905/06%2915%3A3%3C205%3A%3AAID-DMRR29%3E3.0.CO%3B2-O>

Sonego, M., Gandarillas, A., Zorrilla, B., Lasheras, L., Pires, M., Anes, A., & Ordobás, M. (2013). Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gaceta Sanitaria, 27*(5), 440–446.
<https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2012.11.009>

Taype-Rondan, A., Abbs, E. S., Lazo-Porras, M., Checkley, W., Gilman, R. H., Smeeth, L., Miranda, J. J., & Bernabe-Ortiz, A. (2017). Association between chronic conditions and health-related quality of life: differences by level of urbanization in Peru. *Quality of Life Research, 26*(12), 3439–3447.
<https://doi.org/10.1007/s11136-017-1649-7>

Tu, X., & Lou, C. (2017). Risk factors associated with current intimate partner violence at individual and relationship levels: A cross-sectional study among

married rural migrant women in Shanghai, China. *BMJ OPEN*, 7(4), 1–9.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012264>

Villanueva, V., Girón, J. M., Martín, J., Hernández-Pastor, L. J., Lahuerta, J., Doz, M., Cuesta, M., & Lévy-Bachelot, L. (2013). Impacto económico y en calidad de vida de la epilepsia resistente en España: Estudio ESPERA. *Neurología*, 28(4), 195–204. <https://doi.org/10.1016/J.NRL.2012.04.012>

World Medical Association. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para la investigación médica en seres humanos*. World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Anexo 1

Evidencia de sumisión de Artículo en una revista de prestigio

The screenshot displays a journal submission interface. At the top, there is a navigation bar with 'Interacciones' and 'Tasks' on the left, and 'English', 'View Site', and a user profile 'keylagomez' on the right. Below this, a blue header contains 'Submission Library' and 'View Metadata'. The main content area shows the title 'Intimate partner violence and quality of life in Peruvian women from the rural area of Iquitos-Peru' and the authors 'Keyla Yanini Gomez, Ghianella Stasy Diaz Mamani, Julio C Juno'. A tabbed interface below the title has 'Submission', 'Review', 'Copyediting', and 'Production' tabs, with 'Review' currently selected. Underneath, a 'Round 1' tab is visible. A 'Round 1 Status' box indicates 'Waiting for reviewers to be assigned.' Below this is a 'Review Discussions' section with a table header including 'Name', 'From', 'Last Reply', 'Replies', and 'Closed'. A 'No items' message is displayed in the table area. An 'Add discussion' link is located in the top right of the discussions section.

Anexo 2

Copia de la Resolución de Inscripción del Perfil de Proyecto de Tesis en formato artículo

RESOLUCIÓN N° 3172-2022/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 20 de diciembre de 2022

VISTO:

El informe horas de prácticas pre profesionales del estudiante del quinto año **GOMEZ CAMPOS KEYLA YANINI**, identificado con código universitario N° 201710208 de la Escuela Profesional de Psicología;

CONSIDERANDO:

Que la Facultad de Ciencias de la Salud, a través de sus Escuelas Profesionales tiene la obligación de cautelar el cumplimiento por sus estudiantes de los requerimientos curriculares conducentes a la obtención del Grado Académico de Bachiller o Título Profesional respectivo;

Que la Escuela Profesional de Psicología en cumplimiento del Reglamento de Prácticas Pre profesionales ha constatado, y así lo declara a través del informe respectivo, que el estudiante **GOMEZ CAMPOS KEYLA YANINI**, ha cumplido con efectuar 1736 horas de prácticas requeridas por su Currículo y Plan de Estudios;

Que el estudiante antes referido al haber cumplido con el requerimiento curricular se encuentra en condiciones de obtener el Grado Académico de Bachiller respectiva, previo cumplimiento de los procesos administrativos y académicos;

Que, en conformidad al informe de prácticas pre profesionales, a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 09 de diciembre de 2022 y en aplicación de la Ley Universitaria N° 30220, el Estatuto y Reglamento de Prácticas Pre profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

PRIMERO: Declarar que el estudiante **GOMEZ CAMPOS KEYLA YANINI**, con código universitario N° 201710208 de la **Escuela Profesional de Psicología**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, ha cumplido plenamente con 1736 horas de prácticas pre profesionales requeridas en el Currículo y Plan de Estudios.

SEGUNDO: Disponer que se le expida la resolución correspondiente para la obtención de su Grado Académico de Bachiller respectivo.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Lilia Albertina Fernandez Molocho
DECANA

Cc: Secretaria General
Archivo



Ms. Mary Luz Solorzano Aparicio
SECRETARIA ACADÉMICA

RESOLUCIÓN N° 0621-2023/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 28 de marzo de 2023

VISTO:

El expediente de **Ghianella Stasy Diaz Mamani**, identificada con Código Universitario N° **201710669**, de la Escuela Profesional de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la designación del Comité Dictaminador del perfil de proyecto de tesis en formato artículo para la obtención del título profesional;

Que **Ghianella Stasy Diaz Mamani**, ha concluido el desarrollo de la tesis en formato artículo y con la opinión favorable de su asesor, solicita la designación del Comité Dictaminador respectivo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 28 de marzo de 2023 y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

Designar el Comité Dictaminador encargado de administrar el proceso de dictamen correspondiente a la tesis en formato artículo, titulado: “*Violencia de pareja y calidad de vida en mujeres peruanas de la zona rural de Iquitos-Perú*”; presentado por **Ghianella Stasy Diaz Mamani**, otorgándoles un plazo máximo de diez (10) días hábiles, posterior a la fecha de recepción de la presente resolución, para emitir el dictamen respectivo a través de la plataforma oficial.


Mtra. Flor Victoria Leiva Colos
Mtra. Sara Esther Richard Pérez

Regístrese, comuníquese y archívese.




Dra. Lili Albertina Fernandez Molocho
DECANA




MSc. Mary Luz Solorzano Aparicio
SECRETARIA ACADÉMICA

CC.

- Dictaminador 1.
- Dictaminador 2.

Anexo 3

Carta de Aprobación de Comité de Ética

Lima, Ñaña, 22 de noviembre de 2022

**EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LASALUD**

CONSTA

Que el proyecto de investigación de **Ghianella Stasy Diaz Mamani** identificado (a) con DNI No. **76935623** y **Keyla Yanini Gomez Campos** identificado (a) con DNI No. **75913109**; su asesor (a) **Julio Cesar Cjuno Suni** identificado (a) con DNI No. **44095908** con el título: **Violencia de pareja y calidad de vida en mujeres de la zona rural de Iquitos-Perú**. fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Peruana Unión, considerando su calidad científica, consideración del bienestar de sus participantes, y conformidad con los estándares de la ética establecidas en el Código de ética para la Investigación de la Universidad Peruana Unión.

Para mantener la aprobación del Comité de Ética, se tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cada participante debe dar consentimiento informado. En el caso de menores de edad, por lo menos uno de sus padres o guardianes debe registrar su consentimiento informado y el menor de edad debe registrar su asentimiento informado, en caso de trabajos prospectivos. En caso de trabajos retrospectivos contar con la carta de autorización de la institución.

Los resultados de este proyecto puedan ser publicados con referencia a aprobación Número **2022-CE-FCS - UPeU-179**



Mg. María Magdalena Díaz Orihuela
Presidente
Comité de Ética de Investigación



Mtro. William de Borba
Secretario
Comité de Ética de Investigación

Anexo 4

Consentimiento informado

ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA DE PAREJA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE LA ZONA RURAL DE IQUITOS.

Estimado participante,

Nos encontramos realizando una investigación sobre violencia de pareja y calidad de vida en mujeres de la zona rural de Iquitos, para lo cual necesitamos su valiosa colaboración. Recuerde que su participación es libre y voluntaria, además no obtendrá ningún beneficio económico; Sin embargo, usted puede contribuir en el conocimiento científico que busca mejorar la atención de la salud mental de personas de las zonas rurales en Iquitos.

Si acepta participar, sus datos serán manejados con confidencialidad, no se publicará ningún dato que permita identificarlo. En caso tenga alguna duda sobre alguna pregunta, se le explicará cada una de ellas. Gracias por su colaboración.

1. ■

¿Acepta participar en el estudio? SI () NO ()

Firma (Participante)

Encuestador

_____ de _____ del 20

¡Mil gracias!

Anexo 5

Instrumento 1

Protocolo de aplicación

SECCIÓN 1: DATOS DE CARACTERIZACIÓN					
N°	PREGUNTAS	Marque con una "X" su respuesta			
1	Fecha de Nacimiento (edad)				
2	Grado de Instrucción	<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Secundaria completa
		<input type="checkbox"/>	Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Superior incompleto
		<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior completo
3	Estado civil actual	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Divorciado/separado
		<input type="checkbox"/>	Conviviente/casado	<input type="checkbox"/>	Viudo
4	Religión	<input type="checkbox"/>	Católica	<input type="checkbox"/>	Evangélica
		<input type="checkbox"/>	Bautista	<input type="checkbox"/>	Otras
6	¿Cuánto fue el ingreso económico familiar en el último mes?			S/.	

SECCIÓN 2: PREGUNTAS SOBRE SU SALUD				
GREGUNTAS	Marque con una "X" su respuesta			
Respecto a su condición de salud, marque las enfermedades que le han diagnosticado	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal
	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Enf. Pulmonar obstructiva crónica
	<input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Cáncer:	<input type="checkbox"/>	Otro:
	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	

SECCIÓN 3: VIOLENCIA DE PAREJA				
A continuación, se le presentara una serie de 8 preguntas, usted tendrá que responder con una de las siguientes opciones según se sienta más identificado.		Mucha tensión	Algo de tensión	Sin tensión
1	En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?			
2	¿Con cuanta dificultad usted y su pareja resuelven sus diferencias?			
3	¿Al terminar las discusiones usted se siente decaída o mal con usted misma?			
4	¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?			
5	¿Usted se siente alterada por lo que su pareja pueda decir o hacer?			
6	¿Alguna vez su pareja ha abusado físicamente de usted?			
7	¿Alguna vez su pareja ha abusado emocionalmente de usted?			
8	¿Alguna vez su pareja ha abusado sexualmente de usted?			

Anexo 6

Instrumento 2

Protocolo de aplicación

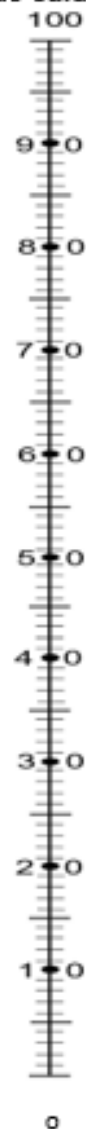
SECCIÓN 4: CALIDAD DE VIDA	
Marque con una (X) la respuesta de cada sección que mejor describa su estado de salud el día de hoy.	
1 Movilidad	
No tengo problemas para caminar	
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en la cama	
2 Cuidado Personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme.	
Soy incapaz de lavarme o vestirme.	
3 Actividades Cotidianas (ejem, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas.	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.	
4 Dolor / Malestar	
No tengo dolor ni malestar.	
Tengo moderado dolor o malestar.	
Tengo mucho dolor o malestar.	
5 Ansiedad / Depresión.	
No estoy ansioso ni deprimido.	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido.	
Estoy muy ansioso o deprimido.	

Para describir cuán bueno o malo es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que indicara en esta escala cuán bueno o malo es, en su opinión, su estado de salud el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde la casilla donde dice 'Su estado de salud hoy' hasta el punto de la escala que en su opinión indique cuán bueno o malo es su estado de salud el día de hoy.

Su estado de salud hoy

Mejor estado de salud imaginable



Peor estado de salud imaginable