



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**“Autonomía de la mujer y violencia de pareja: análisis de la
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019”**

Tesis para optar el título profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:

Francisco Alejandro Barón Lozada (0000-0002-4881-8122)

Gianfranco Wilfredo Basualdo Meléndez (0000-0002-5668-9690)

Coautores:

Juan Rodrigo Vargas Fernández (0000-0002-33310-8689)

Guido Bendezu Quispe (0000-0002-5140-0843)

Asesor:

Akram Abdul Hernández Vásquez (0000-0003-1431-2526)

Lima – Perú

2024

ACTA DE SUSTENTACIÓN

Lima, 27 de febrero del 2024.

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: MED. ESP. VÍCTOR MANUEL GALLEGOS REJAS
Miembro: MED. JUAN JESUS HUACCHO ROJAS
Miembro: MED. ESP ISABEL ANGELICA PINEDO TORRES

Se reúnen para evaluar la tesis titulada: **“AUTONOMÍA DE LA MUJER Y VIOLENCIA DE PAREJA: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2019”**

Presentada por los estudiantes: **BARÓN LOZADA FRANCISCO ALEJANDRO - BASUALDO MELÉNDEZ GIANFRANCO WILFREDO**

Para optar por el Título profesional de **MEDICO CIRUJANO**

Asesorados por el: **MAGISTER AKRAM ABDUL HERNÁNDEZ VÁSQUEZ**

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado su desempeño en la sustentación, concluyen de manera unánime calificar a:

Tesis: BARÓN LOZADA FRANCISCO ALEJANDRO			Nota (15): QUINCE
Aprobado (X)	Aprobado - Muy buena ()	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado (.)

Tesis: BASUALDO MELÉNDEZ GIANFRANCO WILFREDO			Nota (15): QUINCE
Aprobado (X)	Aprobado - Muy buena ()	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado (.)

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



MED ESP. VÍCTOR MANUEL GALLEGOS REJAS
Presidente del Jurado



MAGISTER AKRAM ABDUL HERNÁNDEZ VÁSQUEZ
Asesor



MED. JUAN JESUS HUACCHO ROJAS
Miembro



MED. ESP ISABEL ANGELICA PINEDO TORRES
Miembro

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR
DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE CONTENIDO DE INFORME FINAL
DE TESIS¹³

Lima, 08 de Marzo del 2024

Señor,
Carlos Zavalaga Reyes
Director General de Investigación, Desarrollo e Innovación
Universidad Científica del Sur
Presente. –

De nuestra consideración,

Yo: Francisco Alejandro Barón Lozada – Gianfranco Wilfredo Basualdo Meléndez, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Científica del Sur, en conjunto con el asesor de tesis Akram Abdul Hernández Vásquez, declaramos que este informe final de trabajo de investigación titulado: Autonomía de la mujer y violencia de pareja – Análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar, sustentado para obtener el título de Médico Cirujano es original.

Es decir, no contiene plagio parcial ni total, cuando se utilizó información de fuentes externas se reconoció la autoría mediante la adecuada citación y los resultados obtenidos son producto entero de nuestra investigación y no han sido falseados ni fabricados. Todo esto en cumplimiento del Código de ética en la investigación, Reglamento del Comité de Integridad Científica, Reglamento de Propiedad Intelectual, Normas y procedimientos de los trabajos de investigación para la obtención de títulos profesionales y grados académicos¹⁴, que afirmamos conocer en su totalidad.

Por ello, en caso de identificarse alguna situación de plagio, falsificación o fabricación de resultados, nos allanamos al proceso de investigación que establezca la Universidad y las posibles sanciones que pudieran surgir.

Firmamos en conformidad con lo declarado,



Firma tesista 1
DNI: 70279210



Firma del asesor de tesis
DNI: 40535630



Firma tesista 2
DNI: 70184178

¹³ En conformidad con la Resolución del Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD

¹⁴ Los documentos están en: <https://investigacion.cientifica.edu.pe/reglamentos/>

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD

Título del documento evaluado. Autonomía de la mujer y violencia de pareja: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019

Autores. Francisco Alejandro Baron Lozada; Gianfranco Wilfredo Basualdo Melendez

Mecanismo de revisión de originalidad. Evaluación con Turnitin (ID 2318806948).

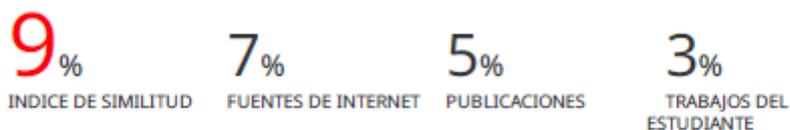
Resultado de la evaluación. 9%

Revisado por. Magaly Kelly Guerrero Huaracallo.

Comentarios sobre la revisión. Filtros usados: excluir fuentes de menos de 12 palabras.

Autonomía de la mujer

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Cientifica del Sur Trabajo del estudiante	1%
3	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	1%
4	Gerald Alexander Hernandez Cueva, Rhisto Guillermo Nieves Ramírez, Fabriccio J. Visconti-Lopez, Guido Bendezu-Quispe et al. "Association Between the Autonomy of Peruvian Women and the Choice of the Place of Delivery: Analysis of a National Survey, 2019", Maternal and Child Health Journal, 2023 Publicación	1%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%

RESUMEN

Evaluar cómo la autonomía de la mujer está relacionada con la violencia de pareja (VP) contra las mujeres en edad fértil. Se llevó a cabo un estudio secundario utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019. La muestra estuvo compuesta por mujeres de entre 15 y 49 años que están casadas o conviven con una pareja. Se utilizó un modelo de regresión lineal generalizada de la familia Poisson para calcular las razones de prevalencia ajustadas (RPa) que describen la relación entre la autonomía de las mujeres y la violencia de pareja, junto con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Se examinaron los datos de 18,621 mujeres. Se observó que un mayor porcentaje de mujeres mostraba niveles bajos de autonomía (42%), seguido de niveles moderados (39.2%) y altos (18.8%). La prevalencia de violencia de pareja fue del 40.1%, siendo principalmente de naturaleza psicológica/verbal (38.8%), seguida de violencia física (8.8%) y sexual (2.3%). En un modelo ajustado, se encontró que las mujeres con baja autonomía tenían una mayor prevalencia de violencia de pareja en comparación con aquellas con alta autonomía (RPa: 1.15, IC 95%: 1.01-1.31), especialmente en términos de violencia psicológica/verbal (RPa: 1.15, IC 95%: 1.01-1.31). No se encontró una relación entre la violencia física o sexual y el nivel de autonomía de las mujeres por parte de la pareja. De cada diez, cuatro mujeres en edad fértil han tenido VP en el último año. En términos generales, las mujeres con baja autonomía tienen más probabilidades de padecer VP que las mujeres con autonomía alta.

PALABRAS CLAVE

Violencia doméstica; autonomía personal; encuestas de salud, Perú

ABSTRACT

To assess the association between women's autonomy and intimate partner violence (IPV) against women of childbearing age. Secondary analysis of the 2019 Demographic and Family Health Survey (ENDES-acronym in Spanish) was carried out. The study population was women aged 15–49 years who are currently married or living with a partner. A Poisson family generalized linear regression model was estimated to calculate adjusted prevalence ratios (aPR) for the association between women's autonomy and IPV with their respective 95% confidence intervals (CI). Data from 18,621 women were analyzed. The highest proportion of women had low autonomy (low: 42%; moderate: 39.2%; high: 18.8%). A prevalence of IPV of 40.1% was found (psychological/verbal: 38.8%; physical: 8.8%; sexual: 2.3%). The adjusted model found that women with a low level of autonomy (aPR: 1.15, 95%CI: 1.01–1.31) had a higher prevalence of IPV compared to women with high autonomy. This association was also found for the specific case of psychological/verbal violence (aPR: 1.15, 95%CI: 1.01–1.31). No association was found between women's level of autonomy and physical or sexual violence by a partner. Four out of 10 women of childbearing age have experienced IPV in the last 12 months. In general, women with lower levels of autonomy are more likely to present IPV compared to women with high autonomy.

KEYWORDS

Domestic violence; personal autonomy; health surveys; Peru

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja (VP) se considera un factor negativo dentro de la salud pública para las mujeres y transgrede sus derechos [1]. El tipo y la naturaleza de los actos violentos varían desde comportamientos psicológicos, físicos, sexuales y de control infligidos a las mujeres y que ocurren dentro de un entorno de matrimonio o cohabitación con una pareja [1]. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 5.2 de las Naciones Unidas tiene como meta erradicar todas las formas de violencia contra mujeres y niñas, tanto en entornos públicos como privados [2], se estima que en 2018, más del 10% de las mujeres entre 15 y 49 años sufrieron violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima [3]. Además, esta violencia produjo más de ocho millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido a problemas de salud mental y VIH, así como más de cuatro millones de años de vida perdidos (AVP) y años perdidos por discapacidad (AVD). En 2019, resultó en más de 80 mil muertes, convirtiéndose en la decimonovena causa de mortalidad a nivel mundial [4]. Sin embargo, los países de bajos y medianos ingresos podrían verse más afectados por las consecuencias de la VP debido a la mayor prevalencia de esta forma de violencia en estos países en comparación con los países de altos ingresos [3].

En América Latina y el Caribe (ALC), se estima que entre el 25,5 % y el 46,4 % de las mujeres han experimentado VP en los últimos 12 meses [5,6]. La prevalencia de la VP a lo largo de la vida en ALC es una de las más altas del mundo (29,8 %), después de otras regiones como África (36,6 %), el Mediterráneo Oriental (37,0 %) o Asia (37,7 %) [7]. En ALC, uno de los países con más prevalencia de VP es el Perú, estimándose que el 57,7% de las mujeres casadas o en pareja han experimentado VP en algún momento de su vida en 2019 [8]. En ALC, las mujeres poseen características sociodemográficas y culturales que aumentan la probabilidad de ser padecer violencia por parte de su pareja, incluyendo una mayor tolerancia a la violencia debido a una crianza que genera comportamientos de sumisión y dependencia hacia sus cónyuges y preferencias centradas en el hogar y la familia. Además, muchas suelen considerar que, si no actúan de esta forma, pueden sufrir actos violentos por parte de su pareja [9,10]. Asimismo, las desventajas socioeconómicas y un bajo nivel educativo frente a su pareja generan una mayor actitud de sumisión y dominación masculina [10]. Además, los aspectos culturales ubican al hombre en un rol dominante sobre la mujer e idealizan el comportamiento masculino que se asocia con la agresividad, el poder y la fuerza, siendo la VP una forma de demostrar su autoridad [10,11]. Sin embargo, capacidades como la autonomía que permiten a las mujeres tomar decisiones libremente sobre diversos aspectos de sus vidas ayudarían a reducir las actitudes hacia la violencia por parte de sus parejas [12].

La literatura biomédica describe la autonomía de la mujer como un factor asociado a la presencia de VP [13,14]. En cuanto a la definición operativa de autonomía, varios estudios han descrito diferencias en su composición y métodos de medición. Sin embargo, existen componentes comunes que ayudarían a delimitar los aspectos necesarios de la mujer para ser autónoma, como intervenir en aspectos económicos en el hogar, el libre tránsito y la salud, así como las actitudes negativas hacia la violencia [13,15,16]. Si bien los términos autonomía y empoderamiento de las mujeres pueden ser intercambiables, existen diferencias entre sus definiciones [17]. Por un lado, la autonomía se refiere a la capacidad

de decidir e intervenir en el uso de recursos económicos, materiales y sociales o en colaboración con el cónyuge o pareja, mientras que el empoderamiento se caracteriza por la capacidad de resistir los controles sobre la propia vida y la negación de los propios derechos [17]. Estudios demográficos realizados en países africanos, en los que existe una alta prevalencia de VP, describen cómo la baja autonomía en la toma de decisiones económicas aumenta el riesgo de todo tipo de violencia (física, psicológica y sexual), mientras que a nivel comunitario, la autonomía sexual fue visto como un factor preventivo de la violencia física y psicológica [13,14]. En este sentido, el ejercicio de la autonomía de las mujeres es una intervención necesaria que podría promover la salud de las mujeres y otros aspectos socioculturales.

A pesar de la alta prevalencia de la VP y los factores estructurales que predisponen a las mujeres a este problema social en ALC, existe poca evidencia de la relación entre la autonomía de la mujer y la VP en el Perú. Expuesto ello, el objetivo de esta investigación fue analizar cómo la autonomía de la mujer está relacionada con la violencia de pareja VP utilizando una base de datos representativa a nivel nacional para brindar un panorama de esta asociación en el territorio peruano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio y fuente de datos

Se llevó a cabo una investigación de tipo observacional, transversal y analítico utilizando los datos recopilados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019. La ENDES es una encuesta ampliamente representativa a nivel nacional que abarca tanto áreas rurales como urbanas, y se lleva a cabo en los 25 departamentos del Perú por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) [18]. De esta manera se obtienen bases de datos cada 12 meses de indicadores sociodemográficos y se divide en tres cuestionarios: de hogar (en el que se observan las características del hogar, así como de sus bienes), individual (en el que se recoge información relacionada con los indicadores sociodemográficos y características económicas de la mujer, fecundidad, parto, enfermedades de transmisión sexual, VP en mujeres de 12 a 49 años y características de los infantes menores de 5 años) y salud (información sobre las características sociodemográficas y de salud de las personas de 15 años y más) [18].

El muestreo de la ENDES es bietápico, probabilístico, estratificado e independiente abarcando áreas rurales como urbanas por departamento. La muestra primaria de la ENDES está compuesta por conglomerados seleccionados por probabilidad proporcional a su tamaño [18]. La unidad secundaria está compuesta por viviendas seleccionadas por muestreo balanceado utilizando las variables de mujeres en edad reproductiva e infantes menores de 5 años [18]. En ENDES, el método utilizado para obtener la información de la encuesta es la entrevista directa la cual fue ejecutada por personal capacitado para recolectar esta información durante una visita a las viviendas seleccionadas [18]. Otros detalles metodológicos de la ENDES se pueden consultar en la ficha técnica [18].

Población

El presente estudio incluyó a mujeres peruanas en edad fértil entre 15 y 49 años que se encuentran actualmente en pareja (casadas o conviviendo) con datos completos y que fueron seleccionadas y entrevistadas mediante el módulo de violencia familiar del cuestionario ENDES 2019 para mujeres.

Variable dependiente

Se consideró VP si la mujer presentaba alguno de los siguientes tipos de violencia hacia su persona en los últimos 12 meses: (1) violencia verbal o psicológica es una variable dicotómica con valores de sí/no, donde sí indica que la mujer ha vivió /experimentó al menos una de las situaciones a continuación: celos por el esposo, acusaciones de ser infiel, impedimento para tener amistades, limitación de visitas o contacto con familiares, control al saber a dónde va, desconfianza en el dinero que maneja, se dicen o realizan acciones humillantes en público, amenazas de agresiones hacia ella o a personas cercanas, la pareja amenaza con huir con sus hijos de la casa; (2) la violencia física es una variable dicotómica con valores de sí/no, donde sí indica que la mujer ha vivió /experimentó mínimo una de las siguientes situaciones: empujones, sacudidas, aventar objetos, bofetadas o torcimiento de brazos, golpes con puño o algún objeto, patadas o arrastre, estrangulamiento o quemadura, amenazas con cuchillo o pistola; (3) la violencia sexual es una variable dicotómica con valores de sí/no, donde sí indica que la mujer ha vivió /experimentó una de las mencionadas: obligada a tener relaciones sexuales o actos sexuales sin su consentimiento; y (4) si la mujer ha sufrido alguno de los tipos de violencia mencionados anteriormente (verbal o psicológica, física o sexual).

Variable independiente

Consistió en el índice nivel de autonomía de las mujeres. La selección de las características de las mujeres que componen esta variable se hizo con base en estudios previos [13,19–23] (Tabla 1). Estas características están relacionadas con cuatro dimensiones de la vida de las mujeres: la toma de decisiones que ejercen las mujeres en su economía, salud y libre circulación (visitar a familiares); actitud hacia la violencia; aspectos socioeconómicos de las mujeres (situación laboral en los últimos 12 meses y jefatura de hogar); y aspectos socioculturales (educación de la mujer, acceso a radio, televisión y prensa). La codificación de cada una de las características de las mujeres que componen esta variable se basó en la metodología utilizada en estudios previos [13,19–23]. Para obtener los grados de autonomía de las mujeres se realizó una guía con la suma de los puntajes finales de cada una de las características de las mujeres, donde mayor puntaje indica mayor autonomía. Este índice de autonomía de las mujeres se clasificó en terciles para delinear sus tres niveles: alto, moderado y bajo [24].

Covariables

La inclusión de estas variables potencialmente confusoras se basó en la literatura biomédica utilizando variables previamente descritas como relacionadas con las variables de interés en el estudio [13,19–23,25–27]. Se consideraron variables propias de la mujer, pareja o esposo, matrimonio y hogar. En cuanto a las variables de las mujeres, se incluyeron la edad

(categorizada en grupos de edad), el nivel educativo (sin nivel o primario, secundario, superior), la autoidentificación étnica (nativa, no nativa) y el uso de anticonceptivos (sí, no). En cuanto a las variables cónyuge o pareja, se incluyeron el nivel educativo del cónyuge o pareja (sin nivel o primario, secundario, superior) y el consumo de alcohol (sí, no). También se consideraron las características del matrimonio, como la duración del matrimonio (0–9, 10–19, 20 o más) y el número de hijos (0,1–3, 4–7), y las características del hogar, como el lugar de residencia (urbano, rural), quintil de riqueza (Q1 [más pobre], Q2, Q3, Q4, Q5 [más rico]) y región natural (Costa, Sierra, Selva).

Análisis estadístico

Se utilizó en su totalidad el software Stata v.14.2. La especificación de las características del muestreo de la ENDES, incluidos los pesos de los estratos, el diseño y el factor de ponderación, se especificaron a través del comando “svy”. Mediante un análisis univariado las características de la población de estudio fueron estudiadas para informar frecuencias simples y frecuencias relativas ponderadas. La prueba chi-cuadrado se utilizó para evaluar las diferencias entre proporciones.

Para determinar cómo está asociada la autonomía de la mujer y la VP, se estimaron modelos lineales generalizados de la familia de Poisson y función de enlace logarítmico. En la primera etapa se estimaron razones de prevalencia (RP) crudas con sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%. Posteriormente, se estimó un modelo multivariante para obtener razones de prevalencia ajustadas (RPa) junto con su IC 95%, ajustadas por variables que obtuvieron un valor de $p < 0,05$ en los modelos de regresión bivalente. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Consideraciones éticas

La Universidad Científica del Sur a través de su Comité de Ética en Investigación (código de registro: 497-2021-PRE15) aprobó la realización de este estudio que servirá como requisito parcial para que dos de los autores obtengan el título de médico (Francisco A. Barón-Lozada y Gianfranco W. Basualdo-Meléndez). Los participantes de ENDES dieron su consentimiento informado antes de participar en la encuesta [28].

RESULTADOS

Se analizaron 18,621 mujeres en edad fértil. La mitad tenía entre 15 y 24 años (50,3%), sólo el 6,6% eran de etnias nativas y el 43,2% tenían estudios secundarios. En cuanto al lugar de residencia, más de dos tercios (76,9%) de las mujeres residían en una zona urbana. Con respecto al área geográfica de origen, la mayoría residía en la región de la costa (59,1%). Las demás características de las mujeres del estudio se observan en la Tabla 2.

La prevalencia de la VP fue del 40,1%. Específicamente, el 38,8% había sufrido violencia psicológica/verbal, el 8,8% violencia física y el 2,3% violencia sexual (Tabla 3). Otras características de las mujeres incluidas en el estudio son según los tipos de violencia que se observan en la Tabla 3.

Respecto a la autonomía de las mujeres, fue más frecuente una autonomía baja (42,0%; IC 95%: 40,6-43,4) seguida de una autonomía moderada (39,2%; IC 95%: 37,8-40,6) (Tabla 4).

Hubo diferencias con respecto a los niveles de autonomía de las mujeres en función de características como el grupo de edad, la etnia, el nivel educativo, la duración del matrimonio, el número de hijos, el consumo de alcohol por la pareja, el nivel educativo de la pareja, el lugar de residencia, el quintil de riqueza y la región natural de origen. Las mujeres con alta autonomía se encontraron con mayor frecuencia en los grupos de edad más jóvenes, y en mujeres de etnia no nativa, con un nivel educativo más alto, en matrimonios más recientes, sin hijos, con una pareja con un nivel educativo más alto, residentes en áreas urbanas y en la región de la costa.

En cuanto a cómo esta asociada la autonomía de la mujer y la VP, se observó que las mujeres consideradas con autonomía baja (RPa = 1,15; IC 95%: 1,01-1,31) presentaban una mayor proporción de VP total comparadas con las de autonomía alta (ajustado por la edad de la mujer, la autoidentificación étnica de la mujer, el uso actual de anticonceptivos, la duración de la relación, el número de hijos, el nivel educativo de la pareja, la edad de la pareja, el consumo de alcohol de la pareja, el quintil de riqueza, el lugar de residencia y la región natural de residencia). Según el tipo específico de violencia, la violencia psicológica/verbal era más frecuente entre las mujeres con poca autonomía (RPa = 1,15; IC 95%: 1,01-1,31) que entre las que tenían mucha autonomía. El violencia ejercida físicamente hacia la mujer no tenía relación con el nivel de autonomía (Tabla 5).

DISCUSIÓN

El objetivo fue estudiar si el nivel de autonomía de las mujeres y la violencia de género tenían relación. Se encontró que la baja autonomía de las mujeres peruanas en edad fértil está relacionada con la violencia psicológica/verbal, pero no con los otros tipos de violencia. Casi la mitad de las mujeres peruanas en edad fértil habían experimentado al menos un episodio de VP en algún momento del año anterior a la encuesta, lo que indica que la VP contra la mujer es un problema de alta prevalencia en la población peruana. Estos datos están directamente influenciados por la violencia psicológica/verbal, como muestran los resultados del estudio con una mayor proporción de este tipo de violencia. Este tipo de VP ha sido descrita como la más prevalente en países de altos ingresos como Estados Unidos y la Unión Europea [29], así como en economías de medianos y bajos ingresos, incluyendo los países de la región latinoamericana [30,31]. En Perú, las parejas en las que se presenta violencia reflejan relaciones de poder establecidas por el sistema de género, que permite la intimidación y el ejercicio del control de los hombres sobre las mujeres para la preservación del sistema de género existente. [32]. Debido a la magnitud del problema, en Perú se ha promovido la atención de las mujeres con el fin de prevenir la VP. En el año 2021, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú aprobó la estrategia nacional "Mujeres libres de violencia" para prevenir la violencia contra las mujeres. Esta estrategia busca ser una herramienta de gestión pública que permita articular proyectos, programas y políticas de los diferentes sectores y niveles de gobierno para asegurar que las mujeres puedan poner en práctica un ambiente libre de violencia en el ámbito público y privado que les corresponde como derecho [33].

La prevalencia mundial de VP física y/o sexual en mujeres en edad fértil que han tenido pareja alguna vez se estima en 27% [3]. Los resultados del presente estudio muestran que

la prevalencia de VP física y sexual en Perú es menor que el promedio mundial para estos tipos de VP y que también es menor que la estimada para otros países de Sudamérica (25%) [3]. Los hombres ejercen violencia física o sexual contra la mujer porque consideran que tienen el derecho de hacerlo, ya que son considerados socialmente superiores y pueden disciplinar físicamente a la mujer por conductas consideradas incorrectas y la violencia física es una forma aceptable de resolver conflictos en una relación [34,35]. Por esta razón, aunque la violencia sexual y/o física no son los tipos de VP predominantes en el Perú, los programas de educación sexual y prevención de la violencia sexual contra la mujer dentro y fuera de la pareja son necesarios y deben estar orientados a las personas independientemente de su género.

Cuando se estudió si el nivel de autonomía de las mujeres y la VP tenían relación, se descubrió que una mujer con autonomía baja tenía una mayor probabilidad de haber sufrido VP. Estudios realizados en países como Ghana, Zimbabue y Pakistán han informado de una asociación similar [13,14,36]. Sin embargo, esta asociación no se encontró en otros países como Malawi, donde no se describió ninguna relación entre la VP y la autonomía de la mujer [37]. Las diferencias culturales podrían explicar la discrepancia en los hallazgos entre países, por lo que el problema de la VP debería estudiarse según el contexto sociocultural de cada país. Un estudio previo en población peruana entre 2005 y 2012 identificó que las mujeres que intervenían en las decisiones en el hogar tenían menor probabilidad de presentar VP [38]. Asimismo, se encontró específicamente que el nivel de autonomía de las mujeres y la VP psicológica/verbal estaban relacionadas, consistente con lo reportado en la literatura respecto a algunos países de ingresos bajos y medios [13]. Dado que se ha reportado que la VP psicológica/emocional precede a otros tipos de VP, como la física o la sexual [39,40], y que este es el tipo de VP más frecuente en el Perú, es necesario crear conciencia sobre este tipo de violencia incluso durante el noviazgo [41,42].

Aunque no se encontró relación entre la autonomía de la mujer y la VP sexual o física, este tipo de violencia no es infrecuente en Perú ni en otros países de ALC [31]. Aunque la prevalencia de la VP física y/o sexual, en general, ha mostrado una tendencia a la baja en ALC en las últimas décadas [31], este tipo de violencia puede repercutir en la calidad de vida y salud de la mujer victimizada. Características como la autonomía económica y la libertad de movimiento de las mujeres indican una menor probabilidad de sufrir VP física o sexual [43], por lo que la promoción de la autonomía en estos aspectos sería beneficiosa para reducir la VP. Paradójicamente, en la literatura se describe que las mujeres que presentan autonomía sexual podrían tener una mayor probabilidad de presentar VP [44]. Esto podría explicarse por el hecho de que una mujer con autonomía sexual podría ser vista como desafiante al oponerse a las relaciones coitales o luchar por sus derechos con su pareja, quien podría reaccionar violentamente contra ella [44]. Por este motivo, los programas de prevención y lucha contra la VP deben abordar de forma integral todos los tipos de VP promoviendo la autonomía de la mujer y el respeto de esta por parte de su pareja en el marco de una cultura de respeto e igualdad entre personas de distinto género.

La VP no sólo afecta a la salud de la mujer, sino también al desarrollo cognitivo de los niños [45,46] y disminuye la probabilidad de que la mujer reciba atención institucional en el parto o una atención prenatal adecuada, lo que repercute en los resultados de salud maternos e infantiles [47,48]. La VP es un problema de salud pública que merece la atención de los

responsables de la toma de decisiones y del personal sanitario para lograr una identificación precoz e implementar programas preventivos que mejoren el estado de salud de las mujeres víctimas de este tipo de agresiones. Adicionalmente, el contexto de pandemia de COVID-19 confirió un mayor riesgo de violencia, ya que algunas mujeres víctimas de esta incluso se vieron obligadas a convivir con sus agresores (en Perú, el número de llamadas a los centros de atención telefónica por denuncias de violencia familiar y sexual se duplicó durante este periodo) [49]. Por lo tanto, existe una importante necesidad de desarrollar programas y políticas destinados a identificar y atender a las mujeres cuya vulnerabilidad a la VP ha incrementado debido a la pandemia.

Entre las limitaciones de este estudio, no se pudo evaluar la causalidad debido a la falta de temporalidad en la medición de las variables de estudio. Además, podría existir sesgo de memoria y sesgo de deseabilidad social por parte de los entrevistados, así como errores en el registro de la información por parte del entrevistador. Adicional a ello, debido a la diversidad sociocultural de las mujeres peruanas sería importante contar con un instrumento de medición específico según estas características y no uno general como se ha evaluado en el presente estudio, asimismo el desarrollo de estos instrumentos podría partir de métodos cualitativos con la intención de incluir esta variabilidad sociocultural en el desarrollo de instrumentos. A pesar de estas limitaciones, la fuente de información utilizada (ENDES) es una encuesta de base poblacional que permite estudiar diferentes indicadores de desarrollo o el estado de salud de la población peruana, por lo que resulta útil para el estudio de la VP y la autonomía de la mujer. Además, al ser la ENDES una encuesta basada en el modelo DHS, cuenta con una metodología ampliamente respaldada que permite comparar el estado de salud de la población a lo largo del tiempo y con respecto a otros países en los que también se utilizan encuestas con la misma metodología.

CONCLUSIONES

La VP contra las mujeres es frecuente en la población peruana. Las mujeres con baja autonomía poseen mayor posibilidad de sufrir VP, comparándolo con aquellas con alta autonomía. Esta relación también se encontró específicamente entre las mujeres que experimentan el tipo de VP psicológica/verbal, pero no en aquellas que describen VP física o sexual. Así, se enfatiza en construir estrategias y planes de prevención de la VP contra las mujeres promuevan el empoderamiento y aumenten la autonomía de las mujeres para la toma de decisiones en las diferentes esferas personales, familiares y de pareja. Del mismo modo, se deben desarrollar programas enfocados a las parejas de las mujeres para promover el respeto y eliminar la VP. Adicionalmente, dada la complejidad de los abordajes de la VP y la influencia que puede tener el nivel de autonomía de la mujer, son necesarios estudios complementarios que utilicen enfoques mixtos o muestras mas amplias para profundizar en el estudio de las relaciones evaluadas en este estudio en la población peruana.

Tabla 1. Variables que componen a la autonomía de la mujer

Dimensiones	Características	Preguntas (código en la ENDES)	Codificación
Toma de decisiones	Economía	¿Quién tiene la última palabra en decidir qué hacer con el dinero que gana el esposo? (V743F)	Se codificó como 1, cuando la mujer tenía la última palabra en gastar el dinero del esposo, y 0 cuando no
		¿Quién tiene la última palabra en hacer grandes compras del hogar? (V743B)	Se codificó como 1, cuando la mujer tenía la última palabra en hacer grandes compras en el hogar, y 0 cuando no
		¿Quién tiene la última palabra en hacer compras para necesidades diarias? (V743C)	Se codificó como 1, cuando la mujer tenía la última palabra en hacer hacer compras para las necesidades diarias, y 0 cuando no
	Salud	¿Quién tiene la última palabra en el cuidado de la salud? (V743A)	Se codificó como 1, cuando la mujer tenía la última palabra en el cuidado de su salud, y 0 cuando no
	Libre movimiento	¿Quién tiene la última palabra en visitar familia o parientes? (V743D)	Se codificó como 1, cuando la mujer tenía la última palabra en visitar a su familia, y 0 cuando no

Actitud frente a la violencia	Justifica que fue golpeada porque no le dijo al esposo que saldría	Esposa golpeada justifica si ella sale sin decirle a él (V744A)	Se codificó como 1, cuando la mujer justificaba la violencia, y 0 cuando no
	Justifica que fue golpeada porque descuido a los niños	Esposa golpeada justifica si ella descuida a los niños (V744B)	
	Justifica que fue golpeada porque discutió con él	Esposa golpeada justifica si ella discute con él (V744C)	
	Justifica que fue golpeada por no tener relaciones sexuales	Esposa golpeada justifica si ella rechaza tener relaciones sexuales con él (V744D)	
	Justifica que fue golpeada por quemar la comida	Esposa golpeada justifica si ella quema la comida (V744E)	
Aspectos socioeconómicos	Situación laboral en los últimos 12 meses	Trabajo en los últimos 12 meses (V731)	Se codificó como 1, cuando trabajo en los últimos 12 meses, y 0 cuando no
	Cabeza de familia	Sexo del jefe de hogar (V151)	Se codificó como 1, cuando el jefe del hogar era una mujer, y 0 cuando era hombre
Aspectos socioculturales	Nivel educativo	Máximo nivel de educación (V106)	Se codificó como 0, cuando la mujer no tenía educación o estudio solo primaria; 1, cuando estudió secundaria, y 2, cuando tenía educación superior
	Acceso a televisión	Frecuencia con la que ve la televisión (V159)	Se codificó como 1, cuando la mujer veía televisión al menos una vez por semana o todos los días, y 0, cuando no veía televisión o lo hacía menos de una vez por semana

	Acceso a radio	Frecuencia con la que escucha la radio (V158)	Se codificó como 1, cuando la mujer escuchaba radio al menos una vez por semana o todos los días, y 0, cuando no escuchaba radio o lo hacía menos de una vez por semana
	Acceso a periódico	Frecuencia con la que lee el periódico o revista (V157)	Se codificó como 1, cuando la mujer leía el periódico o revista al menos una vez por semana o todos los días, y 0, cuando no leía el periodico o revista o lo hacía menos de una vez por semana
ENDES: Encuesta Demográfica y Salud Familiar			

Tabla 2. Características de las mujeres peruanas de 15 a 49 años incluidas en el estudio.

Característica	Frecuencia absoluta (n=18621)	Proporción ponderada*
Grupo etario de la mujer		
35-49	3201	12,0
25-34	8197	37,7
15-24	7223	50,3
Etnia		
No nativa	16690	93,4
Nativa	1931	6,6
Nivel educativo		
Superior	5815	35,0
Secundaria	8275	43,2
No educación formal/Primaria	4531	21,8
Uso de anticonceptivos		
Si	15010	76,2
No	3611	23,8
Duración de matrimonio		
0 a 9 años	8711	39,6
10 a 19 años	6734	37,7
20 a más	3176	22,7
Número de hijos		
0 hijos	5638	35,7
1 a 3 hijos	12644	63,0
4 a 7 hijos	339	1,3
Nivel educativo de la pareja		
Superior	6217	36,0

Secundaria	9064	48,0
No educación formal/Primaria	3340	16,0
Consumo de alcohol de la pareja		
No	3978	22,9
Sí	14643	77,1
Lugar de residencia		
Urbana	12553	76,9
Rural	6068	23,1
Quintil de riqueza		
Q5 (más pobres)	1858	16,8
Q4	2628	18,2
Q3	3607	21,2
Q2	5055	22,7
Q1 (más ricos)	5473	21,1
Región natural		
Costa	7491	59,1
Sierra	6421	25,8
Selva	4709	15,2
* Se incluyó el factor de ponderación y especificaciones muestrales de la ENDES 2019		

Tabla 3. Características de las mujeres peruanas de 15 a 49 años incluidas en el estudio según tipos de violencia.

Característica	Violencia pareja % (IC 95%)	Valor de p*	Violencia psicológica/verbal % (IC 95%)	Valor de p*	Violencia física % (IC 95%)	Valor de p*	Violencia sexual % (IC 95%)	Valor de p*
Prevalencia total	40.1 (38.7-41.5)		38.8 (37.4-40.2)		8.8 (8.0-9.5)		2.3 (2.0-2.8)	
Grupo etario de la mujer								
35-49	48.1 (44.8-51.3)	<0.001	46.7 (43.4-50.0)	<0.001	12.4 (10.4-14.8)	<0.001	1.8 (1.3-2.5)	0,415
25-34	39.4 (37.3-41.5)		37.8 (35.8-39.9)		9.7 (8.6-10.9)		2.5 (1.9-3.3)	
15-24	38.7 (36.6-40.8)		37.6 (35.5-39.7)		7.2 (6.2-8.3)		2.3 (1.9-2.9)	
Etnia								
No nativa	39.9 (38.4-41.4)	0,195	38.6 (37.1-40.1)	0,165	8.7 (7.9-9.5)	0,190	2.3 (1.9-2.7)	0,008
Nativa	42.5 (39.0-46.0)		41.3 (37.9-44.8)		9.9 (8.3-11.7)		3.7 (2.7-5.0)	

Nivel educativo								
Superior	35.4 (32.9-38.0)	<0.001	33.9 (31.4-36.4)	<0.001	7.3 (6.0-8.7)	0,008	1.5 (1.0-2.3)	<0.001
Secundaria	44.1 (41.9-46.3)		42.9 (40.7-45.1)		9.9 (8.8-11.1)		2.4 (1.9-3.0)	
No educación formal/Primaria	39.6 (37.2-42.1)		38.4 (36.0-40.9)		9.0 (7.8-10.3)		3.6 (2.9-4.5)	
Uso de anticonceptivos								
Si	39.6 (38.0-41.2)	0,254	38.3 (36.8-39.9)	0,285	8.9 (8.1-9.8)	0,587	2.4 (2.0-2.8)	0,850
No	41.6 (38.5-44.9)		40.2 (37.1-43.5)		8.4 (7.0-10.1)		2.3 (1.5-3.4)	
Duración del matrimonio								
0 a 9 años	39.1 (37.0-41.3)	0,298	37.8 (35.8-40.0)	0,155	9.2 (8.2-10.3)	0,243	1.7 (1.2-2.3)	0,016
10 a 19 años	39.8 (37.6-42.2)		38.2 (36.0-40.5)		9.0 (7.7-10.4)		2.7 (2.1-3.4)	

20 a más años	42.1 (38.9-45.3)		41.3 (38.2-44.5)		7.6 (6.3-9.1)		3.0 (2.2-4.0)	
Número de hijos								
0 hijos	38.3 (35.8-40.8)	0,126	37.3 (34.8-39.8)	0,219	7.8 (6.7-9.1)	0,116	1.8 (1.3-2.6)	0,07
1 a 3 hijos	41.1 (39.4-42.8)		39.6 (37.9-41.4)		9.2 (8.3-10.2)		2.6 (2.2-3.1)	
4 a 7 hijos	39.5 (30.7-49.0)		38.4 (29.7-47.9)		12.5 (6.7-22.2)		3.0 (1.6-5.8)	
Nivel educativo de la pareja								
Superior	35.8 (33.3-38.3)	<0.001	34.3 (31.9-36.8)	<0.001	7.4 (6.2-8.8)	0,015	1.3 (0.9-2.1)	<0.001
Secundaria	43.2 (41.2-45.2)		41.9 (39.9-43.9)		9.3 (8.3-10.4)		2.6 (2.1-3.2)	
No educación formal/ Primaria	40.4 (37.8-43.0)		39.5 (36.9-42.1)		10.1 (8.5-11.9)		3.8 (2.9-5.0)	
Consumo de alcohol de la pareja								

No	35.8 (32.9-38.9)	0,001	35.2 (32.2-38.2)	0,006	6.5 (5.2-8.1)	0,003	1.3 (0.9-2.0)	0,002
Si	41.3 (39.8-42.9)		39.8 (38.3-41.4)		9.4 (8.6-10.3)		2.7 (2.2-3.2)	
Lugar de residencia								
Urbana	40.3 (38.6-42.1)	0,384	39.1 (37.4-40.9)	0,268	8.5 (7.6-9.5)	0,106	2.0 (1.6-2.5)	<0.001
Rural	39.2 (37.4-41.0)		37.7 (35.9-39.5)		9.6 (8.7-10.6)		3.5 (2.9-4.2)	
Quintil de riqueza								
Q5 (más pobres)	32.8 (28.9-37.0)	<0.001	31.1 (27.3-35.2)	<0.001	5.6 (3.8-8.2)	<0.001	0.8 (0.3-1.9)	0,001
Q4	40.7 (37.0-44.4)		39.9 (36.3-43.6)		7.0 (5.5-8.9)		1.5 (0.8-2.8)	
Q3	41.8 (38.5-45.1)		40.4 (37.2-43.7)		8.9 (7.4-10.6)		2.7 (1.8-4.0)	
Q2	43.5 (41.0-46.0)		42.5 (40.0-45.0)		11.6 (10.1-13.4)		2.9 (2.3-3.6)	

Q1 (más ricos)	39.9 (37.9-41.8)		38.3 (36.4-40.3)		9.5 (8.5-10.7)		3.4 (2.8-4.2)	
Región natural								
Costa	39.0 (36.8-41.2)	0,001	37.8 (35.7-40.0)	0,001	7.9 (6.9-9.1)	0,011	1.9 (1.4-2.5)	0,006
Sierra	43.7 (41.8-45.7)		42.5 (40.6-44.4)		9.9 (8.9-11.1)		2.9 (2.4-3.6)	
Selva	38.0 (35.9-40.2)		36.2 (34.1-38.3)		9.9 (8.7-11.4)		3.2 (2.5-4.1)	
*Se incluyó el factor de ponderación y especificaciones muestrales de la ENDES 2019								
*El valor de p fue calculado usando la prueba de Chi cuadrado								

Tabla 4. Características de las mujeres peruanas de 15 a 49 años incluidas en el estudio según nivel de autonomía.

Característica	Autonomía alta %(IC 95%)	Autonomía moderada %(IC 95%)	Autonomía baja %(IC 95%)	Valor de p*
Total	18.8 (17.7-20.0)	39.2 (37.8-40.6)	42.0 (40.6-43.4)	
Grupo etario de la mujer				
35-49	12.8 (10.9-14.9)	39.6 (36.6-42.8)	47.6 (44.5-50.7)	<0.001
25-34	19.6 (17.9-21.4)	42.4 (40.4-44.4)	38 (36.0-40.1)	
15-24	19.7 (17.9-21.5)	36.7 (34.6-38.9)	43.6 (41.5-45.8)	
Etnia				
No nativa	19.6 (18.4-20.9)	40.5 (39.1-42.0)	39.9 (38.4-41.4)	<0.001
Nativa	7.4 (4.8-11.4)	20.4 (17.5-23.7)	72.1 (68.1-75.8)	
Nivel educativo				
Superior	43 (40.3-45.6)	45 (42.4-47.6)	12.1 (10.3-14.1)	<0.001
Secundaria	8.4 (7.2-9.8)	47.7 (45.6-49.9)	43.8 (41.9-45.8)	
No educación formal/Primaria	0.6 (0.4-0.9)	13 (11.2-15.1)	86.4 (84.3-88.2)	
Uso de anticonceptivos				
Si	18.2 (16.9-19.5)	40.2 (38.7-41.7)	41.7 (40.1-43.3)	0,069
No	20.8 (18.1-23.8)	36.2 (33.0-39.4)	43.1 (39.9-46.3)	
Duración del matrimonio				
0 a 9 años	23.8 (22.0-25.8)	41.9 (39.9-43.9)	34.3 (32.3-36.3)	<0.001
10 a 19 años	18 (16.2-20.1)	40.1 (37.9-42.5)	41.8 (39.7-44.0)	
20 a más años	11.3 (9.2-13.9)	32.9 (29.8-36.2)	55.7 (52.3-59.1)	
Número de hijos				
0 hijos	22.1 (20.1-24.3)	40.8 (38.2-43.4)	37.1 (34.7-39.5)	<0.001
1 a 3 hijos	17.3 (15.9-18.8)	38.6 (36.9-40.3)	44.1 (42.5-45.8)	

4 a 7 hijos	1.9 (0.7-5.5)	25.2 (18.2-33.7)	72.9 (64.2-80.1)	
Nivel educativo de la pareja				
Superior	34.4 (32.0-36.9)	44.8 (42.4-47.3)	20.8 (18.8-22.9)	<0.001
Secundaria	12.3 (10.9-13.8)	41.4 (39.4-43.4)	46.4 (44.3-48.4)	
No educación formal/ Primaria	3.3 (2.3-4.6)	20.1 (17.7-22.7)	76.6 (73.9-79.1)	
Consumo de alcohol de la pareja				
No	19.2 (16.5-22.3)	35 (31.7-38.4)	45.8 (42.6-49.0)	0,012
Si	18.7 (17.5-20.0)	40.5 (38.9-42.0)	40.9 (39.3-42.4)	
Lugar de residencia				
Urbana	23.1 (21.7-24.6)	44 (42.2-45.7)	33 (31.3-34.7)	<0.001
Rural	4.5 (3.8-5.3)	23.3 (21.7-25.0)	72.2 (70.3-73.9)	
Quintil de riqueza				
Q5 (más pobres)	40 (35.8-44.2)	45.2 (41.0-49.4)	14.9 (12.0-18.3)	<0.001
Q4	27.5 (24.4-30.9)	44.4 (40.7-48.2)	28 (24.3-32.1)	
Q3	18.7 (16.5-21.1)	47.6 (44.4-50.8)	33.7 (30.6-36.9)	
Q2	11 (9.5-12.7)	41.4 (38.9-43.9)	47.6 (45.2-50.1)	
Q1 (más ricos)	2.9 (2.4-3.6)	19.2 (17.7-20.8)	77.9 (76.1-79.5)	
Región natural				
Costa	22.2 (20.4-24.1)	44.1 (42.0-46.3)	33.7 (31.6-35.9)	<0.001
Sierra	15 (13.6-16.5)	32.8 (31.0-34.8)	52.2 (50.0-54.3)	
Selva	12.1 (10.8-13.5)	30.8 (28.6-33.1)	57.1 (54.8-59.5)	
*Se incluyó el factor de ponderación y especificaciones muestrales de la ENDES 2019				
*El valor de p fue calculado usando la prueba de Chi cuadrado				

Tabla 5. Asociación entre autonomía de la mujeres y violencia de pareja en los últimos doce meses

Característica	Violencia total		Psico verbal		Física		Sexual	
	Modelo crudo	Modelo 1*	Modelo crudo	Modelo 2*	Modelo crudo	Modelo 3*	Modelo crudo	Modelo 4*
	RP (IC 95%)	RPa (IC 95%)	RP (IC 95%)	RPa (IC 95%)	RP (IC 95%)	RPa (IC 95%)	RP (IC 95%)	RPa (IC 95%)
Autonomía de la mujer								
Alta	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
Moderada	1.13 (1.01-1.27)	1.05 (0.94-1.18)	1.16 (1.03-1.30)	1.07 (0.95-1.20)	1.29 (0.98-1.72)	1.16 (0.86-1.55)	1.06 (0.54-2.11)	0.80 (0.38-1.66)
Baja	1.22 (1.09-1.36)	1.15 (1.01-1.31)	1.24 (1.10-1.39)	1.15 (1.01-1.31)	1.54 (1.17-2.03)	1.39 (0.98-1.97)	1.88 (0.99-3.59)	1.09 (0.52-2.30)

RP: razón de prevalencia, RPa: razón de prevalencia ajustado

*Ajustado por edad de la mujer, autoidentificación étnica de la mujer, uso actual de anticonceptivos, duración de la relación, hijos, nivel educativo de la pareja, edad de la pareja, ingesta de alcohol de la pareja, quintil del hogar, región natural de residencia y lugar de residencia.

REFERENCIAS

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. octubre de 2002;360(9339):1083–8.
2. Horton R. Offline: Gender equality—the neglected SDG for health. *The Lancet*. noviembre de 2015;386(10007):1928.
3. 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. *The Lancet*. febrero de 2022;399(10327):803–13.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. Intimate partner violence — Level 2 risk [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2020 [citado el 23 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/intimate-partner-violence-level-2-risk
5. Schraiber LB, D’Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. octubre de 2007;41(5):797–807.
6. Urke HB, Mittelmark MB. Associations between intimate partner violence, childcare practices and infant health: findings from Demographic and Health Surveys in Bolivia, Colombia and Peru. *BMC Public Health*. diciembre de 2015;15(1):819.
7. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado el 10 de julio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019. 2020; Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/Libro.pdf
9. Rondon MB. From Marianism to terrorism: the many faces of violence against women in Latin America. *Arch Womens Ment Health*. el 1 de agosto de 2003;6(3):157–63.
10. Bucheli M, Rossi M. Attitudes Toward Intimate Partner Violence Against Women in Latin America and the Caribbean. *SAGE Open*. el 1 de julio de 2019;9(3):2158244019871061.
11. Benavides M, León J, Etesse M, Espezúa L, Stuart J. Exploring the association between segregation and physical intimate partner violence in Lima, Peru: The mediating role of gender norms and social capital. *SSM - Popul Health*. abril de 2019;7:100338.
12. Guedes RN, Fonseca RMGS da. Autonomy as a structural need to face gender violence. *Rev Esc Enferm U P*. diciembre de 2011;45 Spec No 2:1731–5.
13. Bengesai AV, Khan HTA. Female autonomy and intimate partner violence: findings from the Zimbabwe demographic and health survey, 2015. *Cult Health Sex*. el 14 de abril de 2020;0(0):1–18.
14. Tenkorang EY. Women’s Autonomy and Intimate Partner Violence in Ghana. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2018;44(2):51–61.
15. Gram L, Morrison J, Skordis-Worrall J. Organising Concepts of “Women’s Empowerment” for Measurement: A Typology. *Soc Indic Res*. 2019;143(3):1349–76.
16. Mackey A, Petrucka P. Technology as the key to women’s empowerment: a scoping

- review. BMC Womens Health. diciembre de 2021;21(1):78.
17. Malwade Basu A, Brij Koolwal G. Two concepts of female empowerment: some leads from DHS data on womens status and reproductive health. En 2005. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/od32/3.pdf>
 18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/documentos_2018/FICHA_TECNICA_END_ES_2018.pdf
 19. Mganga AE, Renju J, Todd J, Mahande MJ, Vyas S. Development of a women's empowerment index for Tanzania from the demographic and health surveys of 2004–05, 2010, and 2015–16. *Emerg Themes Epidemiol*. el 7 de octubre de 2021;18(1):13.
 20. Rettig EM, Fick SE, Hijmans RJ. The Female Empowerment Index (FEMI): spatial and temporal variation in women's empowerment in Nigeria. *Heliyon*. el 1 de mayo de 2020;6(5):e03829.
 21. Asaolu IO, Alaofè H, Gunn JKL, Adu AK, Monroy AJ, Ehiri JE, et al. Measuring Women's Empowerment in Sub-Saharan Africa: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses of the Demographic and Health Surveys. *Front Psychol* [Internet]. 2018 [citado el 23 de junio de 2022];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00994>
 22. Wado YD. Women's autonomy and reproductive health-care-seeking behavior in Ethiopia. *Women Health*. agosto de 2018;58(7):729–43.
 23. Murshid NS, Critelli FM. Empowerment and Intimate Partner Violence in Pakistan: Results From a Nationally Representative Survey. *J Interpers Violence*. febrero de 2020;35(3–4):854–75.
 24. Ram R, Kumar M, Kumari N. Association between women's autonomy and unintended pregnancy in India. *Clin Epidemiol Glob Health*. mayo de 2022;15:101060.
 25. Zegenhagen S, Ranganathan M, Buller AM. Household decision-making and its association with intimate partner violence: Examining differences in men's and women's perceptions in Uganda. *SSM - Popul Health*. agosto de 2019;8:100442.
 26. Ahinkorah BO, Dickson KS, Seidu AA. Women decision-making capacity and intimate partner violence among women in sub-Saharan Africa. *Arch Public Health*. el 29 de enero de 2018;76(1):5.
 27. Gautam S, Jeong HS. The Role of Women's Autonomy and Experience of Intimate Partner Violence as a Predictor of Maternal Healthcare Service Utilization in Nepal. *Int J Environ Res Public Health*. el 12 de marzo de 2019;16(5):E895.
 28. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado el 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp>
 29. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report [Internet]. European Union Agency for Fundamental Rights. 2014 [citado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
 30. World Health Organization. Intimate partner violence [Internet]. 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;sequence=1
 31. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev*

- Panam Salud Publica Pan Am J Public Health. 2019;43:e26.
32. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvvg/MIMP-violencia-basada_en_genero.pdf
 33. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES “MUJERES LIBRES DE VIOLENCIA” [Internet]. 2021. Disponible en: <https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2021/07/Estrategia-Mujeres-libres-de-violencia.pdf>
 34. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women : intimate partner violence [Internet]. 2012. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>
 35. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
 36. Mavisakalyan A, Rammohan A. Female autonomy in household decision-making and intimate partner violence: evidence from Pakistan. *Rev Econ Househ.* el 1 de marzo de 2021;19(1):255–80.
 37. Forty J. Do women with autonomy in the household experience less intimate partner violence in Malawi? Evidence from the 2015-16 Demographic and Health Survey. *J Biosoc Sci.* el 27 de octubre de 2021;1–20.
 38. Svec J, Andic T. Cooperative Decision-Making and Intimate Partner Violence in Peru. *Popul Dev Rev.* 2018;44(1):63–85.
 39. Salis KL, Salwen J, O’Leary KD. The Predictive Utility of Psychological Aggression for Intimate Partner Violence. *Partn Abuse.* el 1 de enero de 2014;5(1):83–97.
 40. Schumacher JA, Leonard KE. Husbands’ and wives’ marital adjustment, verbal aggression, and physical aggression as longitudinal predictors of physical aggression in early marriage. *J Consult Clin Psychol.* febrero de 2005;73(1):28–37.
 41. Valdivia-Peralta M, Fonseca-Pedrero E, Bravo LG, Piñeiro MP. Invisibilización de la violencia en el noviazgo en Chile: evidencia desde la investigación empírica. *Perfiles Latinoam.* 2019;(54):01–31.
 42. Anacona CAR. Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Av En Psicol Latinoam.* 2008;26(2):242–51.
 43. Sabarwal S, Santhya KG, Jejeebhoy SJ. Women’s Autonomy and Experience of Physical Violence Within Marriage in Rural India: Evidence From a Prospective Study. *J Interpers Violence.* el 1 de enero de 2014;29(2):332–47.
 44. Aboagye RG, Dadzie LK, Arthur-Holmes F, Okyere J, Agbaglo E, Ahinkorah BO, et al. Intimate partner violence against married and cohabiting women in sub-Saharan Africa: does sexual autonomy matter? *Reprod Health.* el 28 de marzo de 2022;19(1):79.
 45. Howell KH, Barnes SE, Miller LE, Graham-Bermann SA. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *J Inj Violence Res.* enero de 2016;8(1):43–57.
 46. Mueller I, Tronick E. Early Life Exposure to Violence: Developmental Consequences on Brain and Behavior. *Front Behav Neurosci.* 2019;13:156.
 47. Ward CL, Harlow S. R.E.S.P.e.c.T and intimate partner violence: a cross-sectional study

- using DHS data in Kenya. *BMJ Open*. el 1 de septiembre de 2021;11(9):e046069.
48. Sripad P, Hossain S, Ndwiga C, Warren C. Autonomy, intimate partner violence, and maternal health-seeking behavior: Findings from mixed-methods analysis in Bangladesh [Internet]. Population Council; 2019 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/986
49. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Línea 100 del MIMP incrementó en 97 % las atenciones de llamadas durante el 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/325922-linea-100-del-mimp-incremento-en-97-las-atenciones-de-llamadas-durante-el-2020>

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN**



Constancia

Luego de la revisión de la solicitud, el presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) hace constar que el CIE-CIENTÍFICA ha aprobado de forma expedita la **renovación** del proyecto de investigación que se detalla continuación:

Código de registro: **497-2021-PRE15**

Título: **Autonomía de la mujer y violencia de pareja: análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar 2019**

Investigador(es): **Francisco Alejandro Barón Lozada
Gianfranco Wilfredo Basualdo Meléndez**

Constancia de aprobación: **CONSTANCIA N° 107-CIEI-CIENTÍFICA-2024**

Por consiguiente, se otorga:

Renovación de vigencia del periodo de aprobación ética. Vista la solicitud, **se renueva** la vigencia de la aprobación ética por un periodo de seis meses; es decir, hasta el **14 de agosto del 2024**. El proyecto solo podrá ejecutarse entre los periodos detallados en este documento y el **investigador** tendrá que realizar la solicitud de una nueva ampliación 30 días antes de finalizar esta renovación de la aprobación.

Dejando constancia que hay un periodo de ventana (entre el 19 de febrero del 2023 hasta el 14 de febrero del 2024) que toda actividad de investigación estuvo suspendida, sin el amparo del comité. El CIEI no se hace responsable de lo desarrollado en la margen de tiempo en donde no se contaba con la aprobación.

Todas las demás características de la investigación descritas en el proyecto original permanecen; por lo que cualquier otra modificación deberá informarse a este Comité, para su evaluación.

Lima, 16 de febrero del 2024



Mg. Cinthya Ruth Chipana Herquinio
Presidente

Comité Institucional de Ética en Investigación



RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 103 - DACMH-DAFCS-U. CIENTIFICA-2024

Lima, 13 de febrero del 2024

VISTO:

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de tesis titulado: **“AUTONOMÍA DE LA MUJER Y VIOLENCIA DE PAREJA: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2019”**.

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el **Título Profesional de Médico Cirujano**.

Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

SE RESUELVE:

ART. 1° Aprobar, en vías de regularización e inscribir el proyecto de tesis titulado: **“AUTONOMÍA DE LA MUJER Y VIOLENCIA DE PAREJA: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2019”**, presentado por los alumnos: Francisco Alejandro Barón Lozada y Gianfranco Wilfredo Basualdo Meléndez, con N° de registro: **497-2021-PRE15**.

ART. 2° Nombrar a la Docente Akram Abdul Hernández Vásquez, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.




Mg. JORDI GRAU MONGE
Decano
Carrera de Medicina Humana

c.c. Archivo

De: ijerph@mdpi.com
Asunto: [IJERPH] Manuscript ID: ijerph-1843456; doi: 10.3390/ijerph192114373. Paper has been published.
Fecha: 3 de noviembre de 2022, 01:27
Para: 100027860@cientifica.edu.pe, 100028998@cientifica.edu.pe, jrodrigovf1803@gmail.com, ahernandez@usil.edu.pe, guidobq@gmail.com
Cc: billing@mdpi.com, website@mdpi.com, ijerph@mdpi.com, myth.mo@mdpi.com, penny.wang@mdpi.com, mia.sevic@mdpi.com

Dear Authors,

We are pleased to inform you that your article "Women's Autonomy and Intimate Partner Violence in Peru: Analysis of a National Health Survey" has been published in IJERPH as part of the Special Issue Violence between Intimate Partners and Violence against Women and is available online:

Abstract: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14373>
PDF Version: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14373/pdf>
The meta data of your article, the manuscript files and a publication certificate are available here (only available to corresponding authors after login):
https://susy.mdpi.com/user/manuscripts/review_info/fbed91b0429028df2ab19108dc1a3ae4
Special Issue:
https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/violence_partners

Please take a moment to check that everything is correct. You can reply to this email if there is a problem. If any errors are noticed, please note that all authors must follow MDPI's policy on updating published papers, found here: <https://www.mdpi.com/ethics#16>.

To encourage open scientific discussions and increase the visibility of published articles, MDPI recently implemented interactive commenting and recommendation functionalities on all article webpages (side bar on the right). We encourage you to forward the article link to your colleagues and peers.

We encourage you to set up your profile at www.SciProfiles.com, MDPI's researcher network platform. Articles you publish with MDPI will be linked to your SciProfiles page, where colleagues and peers will be able to see all of your publications, citations, as well as your other academic contributions. Please also feel free to send us feedback on the platform that we can improve it quickly and make it useful for scientific communities.

You can also share the paper on various social networks by clicking the links on the article webpage. Alternatively, our Editorial Office can post an announcement of your article on our Twitter channel, please send us a text of up to 200 characters with spaces. Please note that our service Scitations.net will automatically notify authors cited in your article. For further paper promotion guidelines, please refer to the following link: <https://www.mdpi.com/authors/promoting>.

We would be happy to keep you updated about new issue releases of ijerph. Please enter your e-mail address in the box at <https://www.mdpi.com/journal/ijerph/toc-alert/> to receive notifications. After issue release, a version of your paper including the issue cover will be available to download from the article abstract page.

To order high quality reprints of your article in quantities of 25-1000, visit: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14373/reprints>

We support the multidisciplinary preprint platform /Preprints/, which permanently archives full text documents and datasets of working papers in all subject areas. Posting on the platform is entirely free of charge, and full details can be viewed at <http://www.preprints.org>.

We are dedicated to providing an outstanding publishing service, and we invite you to complete our author satisfaction survey <https://www.surveymonkey.com/r/authorfeedbackmdpi>. The survey contains 20 short questions and will only take a couple of minutes to complete.

To help us improve our Production and English editing service, provided as part of MDPI's editorial process, please take a few minutes to participate in the following survey: <https://www.surveymonkey.com/r/38TKGWF> (for Production and English editing service).

Thank you for choosing IJERPH to publish your work, we look forward to receiving further contributions from your research group in the future.

Kind regards,

--

MDPI
Postfach, CH - 4020 Basel, Switzerland
Office: St. Alban-Anlage 66, 4052 Basel, Switzerland
Tel. +41 61 683 77 34
Fax: +41 61 302 89 18
E-mail: website@mdpi.com
<https://www.mdpi.com/>

Enlace de la página principal de la revista: <https://www.mdpi.com>