

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

## Escuela de Posgrado



**Asociación de consumo de alcohol a la violencia contra las mujeres que acuden a una entidad judicial de la provincia del Cusco-2023.**

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Adicciones y Conductas Adictivas que presenta:

***Maritza Surco Arcondo***

Asesor:

***PhD Raúl Fernando Salazar Silva***

Lima, 2024

## INFORME DE SIMILITUD

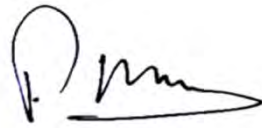
Yo, Fernando Salazar Silva, docente de la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis de investigación titulado “Asociación de consumo de alcohol a la violencia contra las mujeres que acuden a una entidad judicial de la provincia del Cusco” de Maritza Surco Arcondo, dejo constancia lo siguiente:

-El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 14%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 23/12/2024.

-Confirmando que he revisado de manera manual el reporte de coincidencias, donde he verificado el contenido que puede ser similar a las fuentes originales debido al uso de términos comunes y porque la temática ha sido investigada en otros contextos.

-Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 27 de diciembre del 2024

Apellidos y nombres del asesor	
Fernando Salazar Silva	
DNI: 07566516	Firma 
ORCID iD: 0000-0002-9815-3309	

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre el consumo de alcohol y factores sociodemográficos en las mujeres y la violencia hacia ellas. La población de estudio fueron mujeres que acudieron a una entidad judicial de la provincia del Cusco-2023. El diseño del estudio fue de casos y controles apareados por edad, estado civil y nivel educativo. La muestra la integraron 81 casos que fueron mujeres víctimas de violencia y 81 mujeres de control que no sufrieron violencia. La evaluación se realizó mediante el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), la Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) y el módulo de uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas de la Encuesta sobre drogas en hogares del sistema interamericano de datos uniformes de la CICAD – SIDUC. En los resultados se encontró que el consumo reciente de alcohol en mujeres aumentó la probabilidad de sufrir violencia de algún tipo ( $OR=2.793$ ;  $p=0.016$ ). Existe una gradiente del aumento de la violencia física ( $p=0.017$ ) y sexual ( $p=0.018$ ) a causa del consumo reciente de alcohol. La mayoría de mujeres del grupo de casos, sufrió violencia física (50.6 %) y psicológica de nivel medio (75.3 %), y violencia sexual de nivel alto (45.7 %). Los factores sociodemográficos y familiares tales como, lugar de procedencia, nivel socioeconómico y tipología familiar no estarían asociados al consumo de alcohol en mujeres víctimas de violencia.

*Palabras clave: consumo de alcohol, factores sociodemográficos, factores familiares, violencia de género*

## ABSTRACT

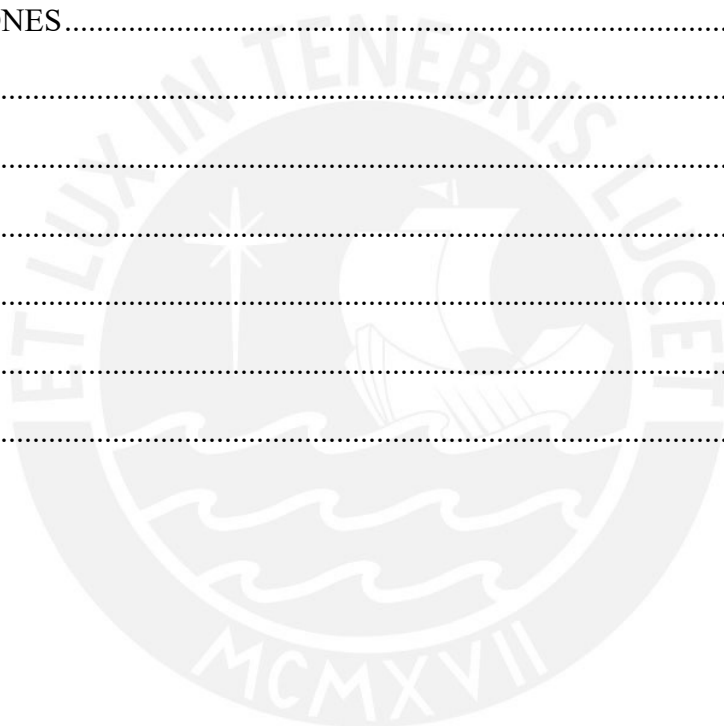
This study aimed to determine the association between alcohol consumption and sociodemographic factors in women and violence against them. The study population was women who attended a judicial entity in the province of Cusco-2023. The study design was case-control matched by age, marital status, and educational level. The sample was 81 cases of women who were victims of violence and 81 control women who did not suffer violence. The assessment was carried out using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), the Gender Violence Type and Phase Evaluation Scale (EETFVG) and the Alcohol and Other Psychoactive Substances Use Module of the Household Drug Survey of the Inter-American Uniform Data System of CICAD - SIDUC. The results found that recent alcohol consumption in women increased the probability of suffering violence of some kind ( $OR=2.793$ ;  $p=0.016$ ). There is a gradient of increased physical ( $p=0.017$ ) and sexual ( $p=0.018$ ) violence due to recent alcohol consumption. The majority of women in the case group suffered physical (50.6 %) and psychological violence of a medium level (75.3 %), and sexual violence of a high level (45.7 %). Sociodemographic and family factors such as place of origin, socioeconomic level, and family typology were not associated with alcohol consumption in women victims of violence.

Keywords: alcohol consumption, sociodemographic factors, family factors, gender violence

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	5
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	17
1.3. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DE ESTUDIO .....	18
1.3.1. Teórica .....	18
1.3.2. Social .....	18
1.3.3. Metodológica.....	19
1.4. ANTECEDENTES DE ESTUDIO .....	19
1.5. BASES TEÓRICAS .....	30
1.5.1. Consumo abusivo de alcohol.....	30
1.5.2. Violencia contra la mujer .....	34
1.6. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	40
1.6.1. Objetivo general .....	40
1.6.2. Objetivos específicos.....	40
METODOLOGÍA.....	41
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	41
2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO .....	41
2.3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	44
2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
2.4.1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	46
2.4.2. Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) .....	47
2.4.3. ENCUESTA SOBRE DROGAS EN HOGARES - El Sistema Interamericano de Datos Uniformes de la CICAD - SIDUC .....	49
2.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
2.6. PLAN DE ANÁLISIS .....	51

2.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	52
RESULTADOS.....	54
3.1. UNIVARIADOS.....	54
3.2. BIVARIADOS.....	58
3.3. MULTIVARIADOS .....	62
DISCUSIÓN .....	66
CONCLUSIONES .....	77
RECOMENDACIONES.....	79
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS .....	106
Anexo I.....	106
Anexo II.....	107
Anexo III.....	111
Anexo IV.....	112



## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Estadísticos descriptivos de los puntajes de la muestra total de casos y controles según factores sociodemográficos y familiares.....	54
<b>Tabla 2</b> Estadísticos descriptivos de los puntajes del nivel de riesgo del Cuestionario AUDIT de la muestra total de casos y controles.....	55
<b>Tabla 3</b> Estadísticos descriptivos de usuarias que son víctimas de violencia física, sexual y psicológica (Casos).....	56
<b>Tabla 4</b> Estadísticos descriptivos de la edad de inicio del consumo, prevalencias de mes, de año y de vida.....	57
<b>Tabla 5</b> Estadísticos descriptivos del nivel de violencia sexual con los factores sociodemográficos y familiares del grupo de casos.....	58
<b>Tabla 6</b> Estadísticos descriptivos del tipo y nivel de violencia con el nivel de riesgo del AUDIT.....	60
<b>Tabla 7</b> Estadísticos descriptivos del tipo y nivel de violencia con la prevalencia del consumo de alcohol según mes, año y vida.....	61
<b>Tabla 8</b> Estadísticos descriptivos del total de la muestra (casos-control) con la prevalencia de mes, año y vida del consumo de alcohol.....	62
<b>Tabla 9</b> Asociación del consumo de alcohol en el último mes con algún tipo de violencia contra la mujer controlando por las variables sociodemográficas y familiares. ....	62
<b>Tabla 10</b> Asociación del consumo de alcohol en el último mes con la violencia física, sexual y psicológica. ....	63
<b>Tabla 11</b> Asociación del consumo de alcohol en el último mes con la violencia física contra la mujer controlando por las variables sociodemográficas y familiares. ....	64

<b>Tabla 12</b> Asociación del consumo de alcohol en el último mes con la violencia sexual contra la mujer controlando por las variables sociodemográficas y familiares. ....	65
---	----



## INTRODUCCIÓN

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ámbito de la asistencia profesional a mujeres víctimas de violencia, se ha identificado una prevalencia de consumo de alcohol dentro de este grupo, en esta tesis, exploraremos a profundidad cómo se manifiesta esta problemática. Existe un incremento en el consumo y abuso de alcohol en las mujeres, por esta razón se ha reducido la brecha en la prevalencia por género, las mismas que varían de una sociedad a otra. En efecto, las mujeres a lo largo del tiempo consumieron mayores cantidades de alcohol con menos frecuencia y en muchos países como en el Perú, alcanzando los niveles de consumo de los hombres, entendiendo este fenómeno como un problema de países en desarrollo (Carovano, 1995; Bloomfield et al., 2006; Slade, et al., 2016; White, et al., 2015; Wilsnack et al., 2000, 2005).

Asimismo, se entiende que cualquier individuo que consuma alcohol de manera inadecuada enfrenta problemas de salud y las mujeres que consumen alcohol presentan mayores probabilidades de desarrollar problemas en comparación con la población masculina. En las mujeres estas dificultades se muestran en las variaciones hormonales y en la reproducción, existe una alta probabilidad de padecer cáncer de mama, efectos negativos durante el proceso de embarazo, así como problemas en la conducta y otros (Brooks & Zakhari, 2013; Les Dees et al., 2001; Erol & Karpyak, 2015; Gill, 2000; Scoccianti et al., 2014; Seitz et al., 2012; Singletary & Gapstur, 2001; Wilsnack et al., 2013; Zelner & Koren, 2013).

La Organización Mundial de la Salud OMS (2018) estima que globalmente existen aproximadamente 230 millones de hombres y más de 40 millones de mujeres que sufren de trastornos debido al consumo de bebidas alcohólicas. En Europa se encuentra la mayor prevalencia

con el 14,8% de los hombres y el 3,5% de las mujeres, seguidas de América, con el 11,5% y 5,1% de hombres y mujeres respectivamente.

La OMS (2020) explica que las mujeres peruanas se encuentran en el sexto lugar con 6.9 % en lo que concierne a la distribución de tendencia de enfermedades o trastornos relacionados con el alcohol, como la cirrosis hepática y cáncer al hígado.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020) en la ciudad de Cusco, los mayores de 15 años que consumieron alcohol alguna vez en su vida son el 90,8%, con un 91,7 % y un 89,7% en el área urbana y rural respectivamente. En cuanto al género, se notó que el porcentaje es más alto en hombres que alguna vez consumieron bebidas alcohólicas con un 94,9 % y las mujeres con un 87,1%. Además, las personas mayores de 15 años que consumieron bebidas alcohólicas en algún momento durante los últimos 12 meses son el 63,8%. Según el nivel de educación, las personas con mayor nivel educativo muestran un mayor porcentaje de consumo dentro de los últimos 12 meses, realizando una comparación de los niveles extremos de educación, el nivel superior presenta un 78,3% y el nivel primario o las personas de menos nivel con un 49,3%.

Al referirnos a las sustancias ilegales, según el Observatorio español de las drogas y las adicciones (2022) explica que la cifra de consumo de sustancias aumenta a medida que avanza la edad, su incremento de consumo y las consecuencias para la salud en todo el mundo parece tener origen en su legalización, según el Informe Mundial sobre las Drogas (2022) realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), es de notar las limitantes en el acceso al tratamiento en especial para las mujeres.

La problemática de la mujer se explica a través de la perspectiva acerca de las diferencias que existe en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres, debido a que las mujeres están más propensas a tener problemas únicos como consecuencia del uso o abuso de sustancias,

consumen en pocas cantidades y por menos tiempo antes de entrar en una adicción a comparación de los hombres. Puede ser más probable que ellas recaigan después del tratamiento, las causas podrían ser el ciclo menstrual y las hormonas, las mismas que pueden dar como resultado mayor sensibilidad que los hombres ante los efectos de algunas sustancias, ellas presentan más posibilidad de ir a los centros de emergencia o fallecer por una sobredosis, al igual que pueden sufrir de ataques de pánico, ansiedad o depresión. También existe mayor riesgo del consumo de drogas o de desencadenar algún trastorno de salud mental en las mujeres que son violentadas, que pasaron por un divorcio, fallecimiento de una pareja y/o hijo o la pérdida del custodio de un hijo (National Institute on Drug Abuse, 2022).

Por otro lado, se han identificado limitaciones para la detección y atención de las mujeres con problemas de adicciones en los hospitales, las mujeres se enfrentan con más barreras para buscar o continuar un tratamiento, estas limitaciones son familiares o personales, como la negación y/o la culpa, además de las barreras económicas debido a que tienen obligaciones con la familia, los hijos y la pareja, las mujeres pueden sentir vergüenza por estar recibiendo un tratamiento de adicciones. Por otra parte, el consumo de sustancias puede ser disimulado por problemas de salud mental y no son identificadas a tiempo por el personal de salud (Green, 2006; Westermeyer & Boedicker, 2000; Wilsnack, 1991).

Las mujeres que consumen drogas de manera experimental desarrollan mayor dependencia en comparación con los hombres (Stocco et al., 2000, Stocco et al., 2002) por lo tanto, van a requerir un tratamiento con una mayor diversidad de enfoques terapéuticos (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2005). Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la OMS (2021) existe una creciente tendencia en la región de las Américas de mortalidad prematura y discapacidad por el trastorno por consumo de drogas como causa principal,

con respecto a las mujeres Perú se encuentra en el cuarto lugar con un 1.34% después de Estados Unidos, Canadá y Bolivia. En el desarrollo y sostenimiento del proceso adictivo entre hombres y mujeres existen componentes biológicos que aumentan el riesgo, como son los genes, el periodo de desarrollo de la persona, inclusive la raza y el sexo; factores ambientales que son el hogar y la familia, principalmente en la niñez. Si un menor de edad tiene padres o familiares que abusan del consumo de bebidas alcohólicas o infringen las leyes, esto puede incrementar la probabilidad a que el menor de edad posteriormente tenga problemas con las drogas; la escuela y los compañeros pueden incrementar el riesgo de consumo, debido a la influencia de sus pares a que prueben drogas por primera vez, así como los problemas y/o dificultades dentro de las escuelas y que la persona carezca de habilidades sociales (National Institute on Drug Abuse, 2024).

Por otro lado, la violencia hacia las mujeres, en la totalidad de sus manifestaciones, representa un problema alarmante para la sociedad (García-Moreno et al., 2006). Según el Informe Mundial sobre Violencia y Salud, publicado por la OMS, afirma en una investigación realizada en múltiples países que el porcentaje de las mujeres que sufrieron violencia física en algún instante de sus vidas por parte de su pareja fue entre 10% y 69% (Krug et al., 2002). El INEI (2022) postula que en el Perú el grupo femenino entre los 15 a 49 años que padecieron violencia familiar por su esposo o pareja en algún momento de sus vidas es de un 54,9%. Así pues, según los reportes indican que, de acuerdo al tipo de violencia conyugal o de pareja realizada en algún periodo de su vida, las que sufrieron maltratos físicos fueron el 26,7%, las que padecieron violencia psicológica fue el 50,8% y finalmente el 5,9% refieren haber sufrido violencia sexual. Al mismo tiempo, el 33,6% refirió haber sufrido violencia conyugal en el último año. Según los datos proporcionados, en el año 2021 se deduce que las mujeres entre las edades de 15 a 49 años que se habían divorciado, separado o las que son viudas tenían una tasa de victimización por violencia de pareja del 79,4%,

igualmente, las mujeres casadas o convivientes tienen una tasa del 48,5% en el mismo año. Estos datos señalan diferencias significativas en la incidencia de violencia familiar según el estado civil de las mujeres dentro de la mencionada franja de edad (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2021). En cuanto a Cusco, la encuesta realizada por ENDES en el 2021 señala que la gran cantidad de mujeres que sufrieron violencia conyugal o de pareja se ubican en Madre de Dios con 70,6%, Apurímac con 64,1%, Cusco con un 62,2%, Puno con 62,2% y Arequipa con 60,7%. De la misma manera, según el boletín estadístico policial del I trimestre (2023) donde se puede observar que habrían recibido 2895 denuncias por violencia familiar, siendo Cusco una de las ciudades con mayores denuncias en ese periodo.

En una investigación realizada por el Ministerio de la Presidencia y Relaciones con las Cortes e Igualdad de España (2019), concluyen que las mujeres maltratadas demoran un aproximado de 8 años como tiempo medio en verbalizar su situación, y entre los factores que impiden a la mujer denunciar, está la edad, donde las mujeres que tienen más de 64 años son las que tardan más tiempo en decidir hablar, debido a la limitación de la responsabilidad familiar, por el contrario el grupo femenino que tiene menos de 35 años reaccionan antes. Según la información proporcionada las mujeres con mayor número de hijos han sido las que más tiempo han empleado para poder hablar sobre la situación de violencia que están pasando; las mujeres que tienen discapacidad presentan una mayor vulnerabilidad con respecto a la violencia de género y a las implicancias psicológicas, aumentando la discriminación, lo cual agrava dicha vulnerabilidad; en cuanto a las mujeres casadas ellas presentan mayor tiempo en verbalizar su situación, el 18% refiere tener temor a la posible reacción de la familia, así mismo un punto importante para decirle basta a la violencia es el que la mujer no conviva con el agresor. Entre otros factores se encuentran los antecedentes de violencia, la habituación, es decir aumentar el umbral de lo tolerable en las

víctimas y minimizar las situaciones violentas, dichos factores son considerados indicadores que retrasan la decisión de pedir ayuda o denunciar. Los factores psicológicos como el miedo al agresor, negación de la realidad, justificación, la vergüenza por los hechos, el sentimiento de culpa, la baja autoestima y los sentimientos de pena por el agresor, estos bloquean individualmente a la mujer a causa de la violencia que padece a lo largo de los años limitando a que la víctima informe lo que está pasando. Las mujeres con formación educativa universitaria emplearon menor tiempo, según la fuente de ingresos las mujeres que se toman tiempos significativamente mayores son aquellas que dependían del agresor. La principal razón de la mujer para pedir apoyo y/o denunciar es el grado de severidad del perjuicio, sean psicológicos y/o físicos. Por el contrario, el apoyo social del entorno es un factor de protección significativo para que la mujer pueda decidir romper el ciclo de violencia.

Varios estudios sostienen una gran asociación entre el consumo de drogas y la violencia que se experimenta en el hogar y también en el trabajo, el mismo que se está agudizando debido a la globalización, la cual favorece el incremento del consumo de drogas. Además, el uso de sustancias puede estar presente en situaciones de violencia, tanto por parte de los agresores como de las víctimas. Por lo tanto, el papel que cumplen los servicios de salud en la atención a esta problemática debe de ser inspeccionado ya que habría una tendencia a medicalizar a las mujeres con la prescripción de calmantes ante situaciones de sufrimiento y ansiedad (Alvarado-Zaldívar et al., 1998; González, 2003; Miotto, 2002; Ramos et al., 2001; Salinas, 1999; Velásquez & Stotts, 2003).

Para comprender de manera amplia el tema, hay explicaciones que, de manera inversa, sostienen que el maltrato puede llevar a la víctima de violencia a desarrollar adicciones, es decir las mujeres maltratadas, como resultado del abuso, pueden exhibir comportamientos

autodestructivos tales como automedicarse, intentar suicidarse o consumir otras drogas, además de recibir medicación y desarrollar dependencia a calmantes, analgésicos, estimulantes, y abusar del alcohol a comparación del resto, dicho con otras palabras, el abuso de sustancias adictivas puede aparecer como una estrategia para enfrentar la violencia, lidiar con el miedo y la ira, y continuar con su vida diaria, similar a una forma de automedicación, por consiguiente, la mujer que está bajo los efectos del alcohol se encuentra en un estado de vulnerabilidad de recibir violencia por parte de su pareja. (Echeburúa & Corral, 1998; Deza et al., 2015). Asimismo, en un estudio realizado por Fiestas et al. (2012) postula que el consumo de bebidas alcohólicas estuvo significativamente asociado a que la mujer sea víctima de violencia física.

La temática de las adicciones y el maltrato se ha relacionado sobre la base de la posibilidad por parte de la misma mujer maltratada o sus pares cercanos de salvaguardarse de la persona agresora. Así pues, las mujeres que toman alcohol de forma excesiva tienen más propensión de ser maltratadas en el hogar (Miller et al., 1989), también tienden a recibir más medicación e iniciar con su consumo indiscriminado llegando a ser dependientes de analgésicos, sedantes entre otros, a su vez aumenta la probabilidad de su consumo abusivo de bebidas alcohólicas (Stark & Flitcraft, 1988). Es más, se planteó que el progenitor o la progenitora que abusen de drogas tienen poca capacidad de resguardarse por sí mismas o a la misma víctima del agresor (Faller, 1988). En un estudio realizado por Fabián et al. (2020) encontraron que el 86% es decir 215 mujeres del grupo de casos de su investigación refirieron que, con frecuencia sus parejas o esposos las agreden en el momento en el que ellas se encuentran bajo los efectos del alcohol. De la misma manera la violencia sexual se asocia con la frecuencia de consumo de alcohol en mujeres, siendo la sustancia mayormente consumida en estos casos (Conley et al., 2017; Champion et al., 2022) además, el riesgo de ser víctima de un abuso sexual se incrementa cuando la mujer afirma que consumió

alcohol durante el último mes o presenta un consumo de riesgo (Mellins et al., 2017). Así mismo más del 90 % de mujeres indicaron que habían sufrido agresiones sexuales cuando se encontraban en estado de ebriedad, existiendo aprovechamiento por el agresor, si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento a razón de que se encuentra bajo los efectos del alcohol también se puede catalogar como violencia sexual. Se afirma que el estereotipo de agresión sexual tiene que ver con la fuerza física por parte del agresor, sin embargo existen estrategias más comunes que son la coerción verbal o el deterioro de la víctima a causa del alcohol u otras sustancias ilegales, es decir el uso de alcohol o drogas para incapacitar a la víctima estaría positivamente asociado al consumo de alcohol y actitudes sexuales, se considera que aproximadamente un tercio de violencia que sufren las mujeres es de agresión sexual, lo cual también incluye comentarios inapropiados dirigidos a ellas o contacto físico sin previo consentimiento. Por otro lado, las mujeres que sufrieron violencia en bares son las que consumieron mayor cantidad de alcohol por consiguiente tenían más probabilidad a tener conductas de ira (Chavarría, 2001; DeGue & DiLillo, 2004; Fuentes-Pumarola et al., 2021; Kosson et al., 1997; Leonard, 2003; Tyler et al., 1998; Parks, 2000). Por otro lado, Salokangas et al. (2018) postula que la violencia física y sexual tiene relación con el consumo de alcohol en mujeres. Muchas mujeres que consumen sustancias psicoactivas han sido maltratadas física, sexual o psicológicamente. Existe una estigmatización dirigida a las mujeres que presentan conductas adictivas o de consumo y este estigma es diferente a la de los hombres, presentando una percepción diferente sobre el tema por género, siendo más mujeres que presentan mayor abuso sexual y físico de sus cuerpos, al mismo tiempo esto puede generar en ellas una mayor reducción de la autoestima, a diferencia de los varones, se puede manifestar como debilidad emocional y física, este estigma produce un sentimiento de vergüenza en la mujer y por ello pueden ocultar su consumo, las mujeres

consumidoras sufren discriminación porque se las categoriza como dependientes de sustancias siendo esto un estigma, y adicionalmente a la condición de mujer, al considerarlas como malas madres, malas hijas o malas mujeres (García & Mira, 2014; Lozano & Campos, 2007; OMS & OPS, 2013). Se debe agregar que, es común observar un maltrato psicológico, el mismo que resulta difícil de evaluar y abordar, esto se debe a que, aunque la mujer pueda haber desarrollado su consumo como una manera de hacer frente al dolor causado por un maltrato anterior, ese mismo consumo problemático “justifica” a la pareja para que este intensifique sus comportamientos abusivos, como insultos, controles excesivos y desvalorización, entre otros, con el pretexto que deje de consumir. Dentro del análisis de inicio de consumo en algunos casos suele tener relación con la pareja adicta, por otro lado, las mujeres que consumen sustancias, vivieron abuso psicológico, en algunos casos fueron chantajeadas por su pareja presentando una relación disfuncional, la mujer presenta mayor arrepentimiento, lo cual genera decepción a comparación de los varones y por ende la sociedad la estigmatiza con mayor frecuencia (Chait et al., 2005; Stanton & Todd, 2018).

En referencia a los factores relacionados a la violencia contra la mujer se encuentra el bajo nivel de instrucción y el abuso de bebidas alcohólicas (Ambriz et al., 2015), al considerar los factores individuales asociados a mayor probabilidad de que la mujer sufra violencia se encuentra el nivel de instrucción bajo (Dulcey, 2015). La carencia de educación, la excesiva diferencia de edad, no tener un salario estable, los problemas de alcohol de la pareja o haber sido víctima de agresiones en la niñez, son factores de riesgo en este fenómeno (Safranoff, 2017), además uno de los factores sociales que incrementa el riesgo a que la mujer sea violentada es la participación de las víctimas en reuniones sociales y que ellas consuman bebidas alcohólicas, por otra parte el 85% de las encuestadas indicaron que usualmente tienen problemas económicos (Fabián et al., 2020).

De manera similar el factor de tener pocos ingresos financieros, la dependencia económica y bajos recursos están asociados a la mayor probabilidad de ser maltratadas por la pareja (Puente-Martínez et al., 2016; Expósito et al., 2010; Stith et al., 2004). Lo mismo ocurre con la mención de Andersson et al. (2009) quienes sostienen que la violencia a la mujer se relaciona con la pobreza, de igual modo con el nivel de instrucción y el reducido nivel económico. Las explicaciones podrían ser el escaso empoderamiento laboral o el control que ejerce la pareja hacia la mujer (Villarreal, 2007). Por otra parte, las mujeres que realizaron consultas por violencia en la Defensoría nacional de la mujer en el área de psicología tenían las siguientes características familiares: el 30% vivían en concubinato, el 25.7 % tenían una relación legal, el 13.6% tenían una familia reconstruida, el 11.3% una familia extendida y el 2.7% una familia monoparental (Faría & Paz, 2010).

A nivel mundial el 27% de las mujeres de 15 y 49 años habrían sufrido violencia física y sexual por parte de su pareja, otro factor para ser agredida es ser menor de 34 años, por otro lado, la disposición a fortalecer el empoderamiento comprendiendo el nivel educativo, estar casada, separada o soltera están asociados con el riesgo de sufrir violencia de pareja (Chan et al., 2009; Hedin, 2000; Kaya & Cook, 2010; OMS, 2024; Vives-Cases et al., 2009). Así mismo, se considera que la cantidad de mujeres que sufren violencia se reduce mientras la edad de la víctima se incrementa (Naved et al., 2006; Timmons & O'Leary, 2004). Contrariamente Chen y White (2004) afirman que la situación conyugal y la duración de la relación no tienen efectos en la violencia.

Según los hallazgos de Musayón y Caufield (2007) quienes manifiestan que un hecho de violencia puede conllevar al consumo de sustancias y el consumo de sustancias puede llevar a una acción violenta, es decir podría ser un fenómeno bidireccional. Usualmente el que ejerce violencia es quien consume sustancias posteriormente maltrata a la mujer, contrariamente la mujer que recibe la violencia es decir la víctima puede recurrir a consumir sustancias como una manera de

escape del ambiente violento o “celebrar” al momento de castigar a su agresor, es así que la mujer consumidora en ocasiones podría recibir maltratos (Pozo, 2015).

Como señala García-Moreno (2000) el abuso de drogas por parte de la mujer que está experimentando violencia en el hogar o en el trabajo puede causar problemas gastrointestinales, cefaleas, insomnio y/o sufrimiento psíquico. El consumo de relajantes, sedantes o tranquilizantes es considerado como un mecanismo de evasión. Dicho de otro modo, el consumo de drogas puede estar presente tanto antes como después de un hecho de violencia, y que tanto el agresor como la persona agredida pueden estar involucrados (Ruiz et al., 2004).

Las implicancias de los actos violentos son irreparables en varias ocasiones, en lo físico, psicológico, emocional o sexual. Musayón y Caufield (2005) encontraron que algunas mujeres han demostrado recordar o revivir con frecuencia y durante un período largo la situación de maltrato que vivieron. Otras han mencionado sentir desconfianza constante y alerta, o experimentar interferencias en la memoria del evento estresante. Las mujeres que beben alcohol estilan tener como pareja a otro consumidor, por ello podrían tener vínculos destructivos, debido a las consecuencias que el consumo provoca en un tiempo prolongado, caracterizado por la irritabilidad, baja autoestima, agresividad, asertividad deficiente, impulsividad, depresión, ansiedad, aspectos que agravan la problemática de las mujeres maltratadas y consumidoras, adoptando conductas de sumisión las cuales son reforzadas por evitar agresiones, Además, la mujer puede llegar a normalizar el maltrato crónico lo cual conlleva al deterioro mental y como consecuencia la aparición de trastornos o cuadros clínicos, observando relaciones dependientes por el consumo conllevando a disculpar el maltrato de pareja (Chait et al., 2005; Forneiro, 2002; Kokkevi & Hartgers, 1995).

El tema de investigación es poco explorado existiendo escasa evidencia científica en el Perú e internacionalmente por tratarse del consumo experimental, recreativo, habitual y/o el consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias relacionadas a la violencia contra la mujer, este es un fenómeno de estudio en conjunto complejo, por esta razón la presente investigación tiene gran utilidad por estudiar las variables juntas y no de forma aislada. Por lo tanto, la investigación será necesaria para continuar estableciendo estrategias que permitan a las mujeres desempeñar un rol activo cuidando y fortaleciendo su integridad individual, familiar y social.

Así como fortalecer la intervención conjunta de las mujeres dentro de los programas de prevención e intervención en todos los ámbitos, basado en el modelo ecológico con el fin de comprender la violencia (Musayón et al., 2007).

Destacando así el enfoque de género de la intervención y de los niveles de prevención, se calcula que sólo un 20% de tratamientos están dirigidos específicamente para las mujeres (Ministerio del Interior y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2002), por ello los tratamientos habitualmente se han centrado en las necesidades de los varones, dejando de lado a las mujeres en este ámbito, lo cual resulta ser un sesgo considerable hacia un enfoque poco inclusivo con la reducida consideración al tratamiento según género (Barreda et al., 2005).

Se encuentran déficit en los programas realizados por profesionales de deshabitación, en la intervención y en los programas de reducción de la violencia hacia las mujeres, por ello es importante hacer una reflexión acerca de esta compleja problemática, el consumir sustancias y ser mujer serían factores que incrementen la probabilidad de sufrir violencia (Chait et al., 2005). Según las investigaciones la adicción y maltrato podrían ser síndromes, debido a que no se podría determinar una sola causa, sino que influyen factores familiares, sociales, laborales, educativos, genéticos y emocionales, es más, podría existir una interacción entre las manifestaciones del

maltrato y la adicción (I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer, 2002). Según el primer informe de la OMS (2013) la mujer que consume sustancias es fácilmente reconocida como una mujer que presentaría “deficiencia moral”, es decir que la víctima de violencia podría minimizar la gravedad de la agresión.

Finalmente, se eligió el Módulo Integrado de Atención a Víctimas de Violencia Familiar para poder realizar el estudio, debido a que es una entidad especializada en la atención y prevención de violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar, este tiene el objetivo fortalecer a los órganos jurisdiccionales, el mismo que lo conforman profesionales Psicólogos, Médicos, Trabajadoras Sociales y Educadores Sociales quienes realizan funciones periciales por el requerimiento de los jueces, este equipo de trabajo brinda el diagnóstico y opiniones basadas en la ciencia realizando informes periciales solicitados por los juzgados, así como también realizan seguimientos de las medidas psicoeducativas para emitir dictámenes técnicos. Dicho módulo tiene todos los servicios en un mismo lugar, lo que facilita la realización rápida de medidas para la protección de la víctima (Protocolo de actuación para la comunicación entre los jueces de familia y los equipos multidisciplinarios, 2016).

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

De la revisión de la literatura podemos inferir que el uso de alcohol con la violencia hacia las mujeres es un problema que puede estar pasando en el ámbito peruano. Además, que diversos autores sostienen que el consumo de alcohol en mujeres está incrementando, por lo tanto, mayor cantidad de mujeres podrían ser vulnerables a sufrir violencia por parte de la pareja, dicho de otro modo, el uso de sustancias puede ser una estrategia de afronte de la mujer, para lidiar con el

maltrato que vive y como consecuencia seguiría sufriendo violencia. Para responder a este problema nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos, familiares y de consumo de alcohol asociados a la violencia en mujeres que acuden a una entidad judicial de la provincia del Cusco-2023?

### **1.3. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DE ESTUDIO**

#### ***1.3.1. Teórica***

La presente investigación proporcionaría información importante sobre la relación entre la probabilidad de que las mujeres sufran violencia y variables relacionadas al uso de alcohol, así como variables sociodemográficas y familiares. Este estudio permitirá validar o no estas asociaciones y será de utilidad para que los investigadores puedan continuar estudiando este problema a nivel nacional y en particular a la ciudad del Cusco y diseñar intervenciones que permitan prevenir la violencia contra las mujeres.

#### ***1.3.2. Social***

El consumo de alcohol entre las mujeres se encuentra aumentando, además de existir barreras para la detección y tratamiento de las mujeres con adicciones, por ello es de importancia realizar el presente estudio ya que permitirá tener conocimiento del porcentaje y asociación del consumo de bebidas alcohólicas en mujeres violentadas y su prevalencia, para así poder seguir concientizando a las instituciones en la efectiva atención a esta población vulnerable, lo cual permitirá lograr los objetivos de la prevención y el tratamiento de acuerdo con las particularidades de cada paciente. Para ello será de necesidad dar a conocer los resultados a las autoridades judiciales que intervienen en los procesos de violencia y al público general con el fin de que, a

partir de estos hallazgos se pueda fortalecer la ejecución y diseño de medidas pertinentes para prevenir esta problemática en las mujeres de Cusco y salvaguardar a la salud pública evitando la estigmatización.

La presente investigación es viable pues se disponen los recursos económicos y las fuentes de información necesarias para llevarla a cabo.

### ***1.3.3. Metodológica***

El estudio de casos y controles planteado para este estudio, a pesar de sus limitaciones, es el adecuado para responder a las preguntas que nos hemos planteado, dado que otro tipo de estudio prospectivo podría tener limitaciones éticas. Asimismo, en este trabajo se utilizaron métodos y técnicas para recolectar información que ayudó a determinar si hay relación entre el consumo de alcohol con la violencia familiar, tales como la revisión de los documentos y el empleo de instrumentos de recolección de datos, los mismos que podrán ser empleados como información en futuros estudios de similares características.

## **1.4. ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

Desde hace varios años el estudio del consumo de bebidas alcohólicas y la violencia en mujeres fue de interés para los investigadores, estas variables se han investigado de forma independiente o conjunta. Las investigaciones con relación a las mujeres y sustancias están en aumento, por consecuencia las entidades en nuestro país están tomando en consideración el tratamiento individualizado a esta población vulnerable.

Entre los primeros antecedentes se encuentran los trabajos realizados por Devries et al. (2014) realizaron la investigación sobre la victimización por la violencia de pareja con la variable de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres, realizando una revisión sistemática y metaanálisis,

se ejecutó con veintiséis estudios que procedían de Estados Unidos, cuatro muestras de Perú, tres de Brasil, dos de Nueva Zelanda, Tailandia, Tanzania y un estudio de Argentina, Australia, Belice, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Etiopía, Japón, Namibia, Nicaragua, Nigeria, Sudáfrica, Uganda, Uruguay y Ucrania. Catorce estudios fueron longitudinales, uno fue de casos y controles, y los restantes fueron transversales. Además, siete estudios se centraron en la violencia durante el noviazgo, el resto de los estudios se enfocaron en la violencia de pareja íntima. El objetivo fue explorar la evidencia de asociación entre la victimización por violencia física o sexual contra las mujeres por parte de sus parejas y el consumo de alcohol, realizaron la investigación con una muestra de 55 estudios los mismos que estaban descritos en 51 publicaciones, estos satisficieron los requisitos de inclusión, proporcionando 102 estimaciones de asociación entre la violencia física y/o sexual ejercida por la pareja y el consumo de alcohol. Utilizaron la Prueba para la Detección del Consumo de Alcohol de Michigan (MAST), el instrumento de diagnóstico internacional compuesto, el índice de los problemas de alcohol de Rutgers y los problemas de alcohol en general. Es un estudio de revisión sistemática y un metaanálisis de estudios transversales y longitudinales publicados antes del 6 de junio de 2013. Donde sus principales resultados fueron los siguientes: en los estudios longitudinales el consumo de alcohol predice violencia física y sexual subsiguiente, siete estudios longitudinales proporcionaron doce estimaciones de la asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la violencia física y sexual posterior, 9 de las 12 estimaciones longitudinales muestran una dirección positiva de relación entre el consumo de alcohol y la violencia, la variable de violencia física y sexual predice el uso posterior de alcohol, nueve estudios longitudinales con 15 estimaciones examinaron si ambos tipos de violencia tenían relación con el consumo posterior de alcohol, 11 de 15 estimaciones muestran una dirección positiva de asociación entre la violencia física y sexual y el consumo consecutivo de alcohol. Aunque no todas fueron

estadísticamente significativas, con respecto a los estudios de casos y controles solo hubo una investigación donde tomaron muestras de 45 mujeres alcohólicas y 40 controles comunitarios, y se encontró un vínculo positivo entre el alcoholismo medido con el MAST y la violencia física. Además, en los hallazgos transversales se halló una asociación global significativa y positiva entre la violencia física y sexual, y el consumo de alcohol.

Caldentey et al. (2017) investigaron sobre la violencia de género y el consumo de sustancias en mujeres que ingresan al hospital Mar ubicado en Barcelona de España, con el objetivo de determinar la prevalencia de violencia conyugal de mujeres que ingresan al Hospital por distintos motivos sea médico o quirúrgico, además que tenían un diagnóstico por consumo de sustancias. La muestra fue de 52 pacientes entrevistados, 46 respondieron ambos cuestionarios, los cuestionarios utilizados fueron Composite Abuse Scale (CAS) y el cuestionario Hurt, Insulted, Threatened with Harm, Screamed (HITS), este fue un estudio transversal - cuantitativo y tuvo como principales resultados según el cuestionario CAS lo siguiente: el 50% experimentaron violencia por parte del cónyuge o pareja en algún momento de la vida y el 23,9% sufrieron violencia en los doce últimos meses, también el uso de cannabis se asoció con la violencia de pareja de mayor gravedad. Según el cuestionario HITS hubo una prevalencia de violencia de pareja del 39,1% en el último año. Por otro lado, se observa que la prevalencia de violencia de pareja era considerable entre las mujeres que padecían más de un trastorno por uso de sustancias.

Crespo et al. (2017) estudiaron las variables de uso de alcohol y sustancias psicotrópicas en 50 mujeres que experimentaron violencia de pareja y 50 mujeres que no estuvieron expuestas a traumatismos (grupo control), las mismas que fueron pareadas por edad, donde el objetivo fue determinar si las tasas más bajas de consumo de bebidas alcohólicas en estudios previos de muestras españolas en mujeres maltratadas podrían estar relacionadas con el instrumento de

medición (CAGE), el formato de medición (entrevista vs. autoinforme), y/o el uso de otros tipos de sustancias psicoactivas como estrategias de afrontamiento, además de determinar la relación de los síntomas psicopatológicos y el consumo de sustancias. Donde utilizaron una entrevista estandarizada para las variables sociodemográficas, el AUDIT-C y otra entrevista estandarizada de cuatro preguntas sobre el uso de medicamentos psicotrópicos y drogas psicoactivas ilegales en el último año; para determinar los síntomas psicopatológicos utilizaron el Cuestionario de Evaluación Global del Estrés Postraumático, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de A. Beck-II, sus principales resultados fueron que las mujeres participantes tenían una edad promedio de 39,64 años, la mayoría eran solteras (43%), mientras que el 29% estaban casadas o vivían en pareja. Además, el 27% estaban divorciadas o separadas y el 1,0% eran viudas; la mayoría eran trabajadoras activas (56%) o estudiantes (16%). El (45%) tenían estudios universitarios. En referencia al grupo de las mujeres maltratadas se encontró que recibieron agresión de su pareja durante una media de 11 años, aproximadamente el 84,0% sufrieron agresiones físicas y el 66,0% sufrieron abuso sexual, todas indicaron que sufrieron maltrato psicológico (100,0%), el consumo de riesgo de alcohol en mujeres que fueron maltratadas era más alto con un 18,4% y 24,5% en comparación con estudios anteriores en España, pero más bajo que en el grupo de control, además, las mujeres que sufrieron violencia tenían un consumo significativamente mayor de psicofármacos en comparación con el grupo de control con una cifra de 40% vs. 20% respectivamente, sin embargo, no encontraron diferencias significativas en el uso de sustancias entre ambos grupos. Se halló que los síntomas psicopatológicos en las mujeres maltratadas no estaban vinculados al consumo de alcohol, sin embargo, el consumo de psicofármacos estaba relacionado con la activación postraumática en este grupo. Además, en los

análisis bivariados no se mostraron diferencias significativas entre las mujeres que sufrieron violencia y el consumo de riesgo o el nulo consumo de riesgo.

Veloso et al. (2019) hicieron la investigación sobre el uso de tabaco, alcohol y la reincidencia de violencia de pareja en Brasil-Piauí, con el objetivo de analizar dichas variables con una muestra de 369 mujeres de edad de 20 a 59 años, donde se utilizaron el test de identificación de los trastornos por uso de alcohol, el cuestionario de uso de drogas para no estudiantes y las escalas de tácticas de conflicto revisadas, realizaron un estudio transversal y analítico; sus principales resultados fueron: la prevalencia de violencia de pareja fue del 64,0%, de las cuales el 61,5% fueron víctimas de agresiones psicológicas, el 33,6% de maltrato físico y el 17,1% de coacción sexual, así como también, el 50,1% y el 17,9% de féminas relataron que consumían alcohol y tabaco, las mismas cantidades que se asociaron de forma estadística con la violencia de pareja, el consumo de alcohol incrementó en 2,15 veces la posibilidad de violencia por parte de la pareja, mientras que fumar aumentó esta probabilidad en 2,04 veces, obtuvieron elevadas prevalencias de consumo de bebidas y tabaco por parte de las mujeres y violencia de pareja. Asimismo, el consumir esta sustancia por parte de las mujeres es considerado como un factor de riesgo el que está asociado a que ocurra la violencia conyugal o de pareja.

Por otra parte, Rivas-Rivero et al. (2020) desarrollaron un estudio acerca de los factores de riesgo y su relación con el consumo de sustancias en una población femenina víctimas de abuso que viven en situación de pobreza en Nicaragua, con el objetivo de analizar la relación entre el sufrimiento de hechos trascendentales estresantes y el consumo excesivo de alcohol y sustancias, en 136 mujeres violentadas, utilizando la versión abreviada de la lista de vida estresante, el instrumento de Brugha y Cragg, además, realizaron la investigación con la metodología de casos y controles, con enfoque cuantitativo y diseño de investigación posterior a los hechos. Obteniendo

como resultados relevantes lo siguiente: más de la mitad es decir el 56,7% estaban casadas o tenían una unión estable, el grado de educación de las participantes era básica con un 68,4%, el principal sustentador del hogar era el cónyuge o pareja, en el 43% de los casos, el 36% de las participantes no tenían ingresos propios, así mismo las entrevistadas comenzaron a vivir con su maltratador a una edad media de 19,91 años, vivían o habían vivido con su pareja una media aproximada de 9 años, por otro lado la violencia tenía una duración de 6,25 años, el 42% vivía con su abusador cuando se realizó la entrevista, se halló que todas las entrevistadas sufrieron violencia psicológica, física, y sexual (66,9%), el maltrato diario por parte de la pareja fue del 44,7% de la muestra, se encontraron diferencias significativas en relación al consumo de bebidas y el número de eventos vitales estresantes sufridos en las mujeres antes y después de tener 18 años, también las que consumían alcohol habían sufrido una mayor cantidad de hechos relevantes estresantes que las que no consumían alcohol. Además, la prevalencia de mujeres agredidas que abusan del alcohol y las drogas es mayor a la que se encontró en otros textos.

Sáez et al. (2020) investigaron acerca de los efectos de los medicamentos recetados, el consumo de alcohol y la culpabilización a la víctima de violencia de pareja, con el objetivo de evaluar si la percepción externa (Estudio 1) y la autopercepción de culpa (Estudio 2) estaban influenciadas por el uso y abuso de alcohol de las víctimas o por el uso de drogas psicotrópicas recetadas a las víctimas. En el estudio 1 estudiaron los factores psicosociales que están relacionados con la violencia de pareja, con una muestra de 155 participantes, 19 de ellas fueron excluidas del análisis debido a datos inválidos, dejando un total de 136 participantes, donde se utilizaron seis preguntas de Romero-Sánchez, Megías y Krahe para evaluar la culpabilidad de la víctima. En el estudio 2 se investigó el consumo de bebidas y medicamentos recetados, y la consecuencia en las relaciones interpersonales, con una muestra de 195 mujeres participantes, se

utilizaron los instrumentos de The woman Abuse Screening Tool (WAST-Short), la Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT) y la subescala del Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI). Utilizaron un diseño experimental donde obtuvieron los siguientes resultados: en el primer estudio se mostró una atribución de culpa significativamente mayor hacia las víctimas femeninas con abuso de alcohol en comparación con las que no lo tenían, los investigadores no encontraron diferencias significativas en la culpabilidad atribuida a las que consumían psicofármacos de prescripción de forma excesiva y al grupo control. Los resultados del segundo estudio mostraron que el consumo de bebidas alcohólicas está asociado con una mayor autoculpabilidad y pensamientos de autoculpabilidad en las víctimas de violencia. Sin embargo, los resultados no tuvieron diferencias significativas en la autoculpabilización asociada al uso de psicofármacos recetados a las víctimas. Los hallazgos indican que el consumo de alcohol, mas no el uso de medicamentos recetados, juega un papel relevante en la atribución de culpa por parte de la sociedad y la autoculpa por parte de las víctimas que padecieron violencia. El abuso de alcohol es significativamente mayor entre aquellas mujeres que han sufrido violencia en comparación con las que no son maltratadas. Es decir, experimentar violencia es un factor considerado de riesgo para el problema de abuso de alcohol y este comportamiento abusivo lleva las víctimas de violencia a auto culpabilizarse.

Cyrus et al. (2021) quienes analizaron la prevalencia de violencia de pareja, el trastorno por uso de sustancias y la depresión en mujeres recluidas en Lima – Perú, con el objetivo de examinar la prevalencia de violencia dentro de la pareja, el trastorno por uso de sustancias y la depresión en mujeres privadas de libertad, además quisieron explorar asociaciones entre estas variables, con una muestra de 249 mujeres recluidas, utilizando el Cuestionario de la Escala de Gravedad de la Violencia hacia la Mujer (SAVAWS), Auto Entrevista Asistida por Computadora

(CASI), Prueba de Detección de Abuso de Sustancias (DAST-10), el AUDIT y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-10), realizando un estudio de análisis univariado y regresión logística. Este estudio proporciona evidencia empírica de un problema de sanidad pública para las mujeres que viven en Perú, otros países andinos y otras regiones del mundo. Esta población de estudio tenía niveles elevados y superpuestos de violencia de pareja, uso de sustancias, depresión y VIH/ETS. Las tasas más altas de reincidencia se asocian con más probabilidad de sufrir violencia y depresión, además, una parte sustancial de estas mujeres eran madres o estaban en edad reproductiva, lo que sugiere el potencial de un efecto negativo indirecto en sus hijos, creando un patrón cíclico multigeneracional de uso de sustancias, violencia y encarcelamiento entre madres e hijos.

Nam et al. (2023) realizaron la investigación acerca de la depresión, el abuso de alcohol y el intento de suicidio en las mujeres refugiadas norcoreanas, las mismas que están expuestas a padecer violencia de género, el estudio tuvo el objetivo de examinar la exposición de las mujeres refugiadas de Corea del norte a la violencia de género (la trata de personas, violencia sexual y trabajo sexual forzado) y explorar si está asociado con un mayor riesgo de sufrir depresión, abuso de alcohol e intentos de suicidio, utilizaron una muestra de 212 mujeres refugiadas, realizaron la evaluación de la exposición a la violencia basada en género con tres preguntas sobre agresión sexual o violación, trata de personas o matrimonio forzado y trabajo sexual forzado, además utilizaron el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), la versión de autoinforme de la Escala de Valoración del Suicidio de Columbia (C-SSRS) y la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), donde los principales resultados del estudio descriptivo correlacional fueron: tanto la depresión ( $t=2,64, p=0,009$ ) como el abuso de alcohol ( $t=2,41, p=0,017$ ) fue mayor en las personas expuestas a sufrir violencia de género, esto en comparación con las que no habían

sido expuestas, así mismo las mujeres refugiadas de Corea del Norte son vulnerables a la exposición a la violencia de género en todo el proceso de migración y reasentamiento, ya sea en Corea del norte o en los países intermedios, debido a su condición subordinada e ilegal. Dado que la exposición al trauma y las complicaciones de salud mental posteriores, como la depresión y el abuso del alcohol, aumentan el riesgo de suicidio, las mujeres refugiadas de Corea del norte con antecedentes de violencia de género, son susceptibles a los intentos de suicidio incluso después de aterrizar con éxito en Corea del Sur. Este estudio examinó el efecto de interacción triple entre la violencia a la mujer, la depresión y el consumo excesivo de alcohol en los intentos de suicidio. Como era de esperar, las mujeres refugiadas de Corea del norte expuestas a la violencia mostraron niveles más altos de depresión e intentos de suicidio; por último, la interacción entre la violencia basada en el género, la depresión y el abuso de alcohol incrementó el riesgo de intentos de suicidio.

Chung et al. (2023) desarrollaron el estudio acerca de la relación entre adultos maltratados y el consumo excesivo de sustancias en Taiwan entre el 2000 y 2015, el objetivo general fue investigar si los adultos que sufren violencia estarían en riesgo de consumir sustancias en exceso y también, proporcionar información sobre la relación entre hombres y mujeres maltratados y el abuso de sustancias; se utilizaron los datos sobre visitas ambulatorias, de emergencia y de pacientes hospitalizados, la investigación se realizó con 2 millones de personas inscritas en el seguro de salud entre 2000 y 2015. Donde analizaron la violencia por primera vez en adultos de 18 a 64 años (grupo de estudio) y los pacientes no maltratados (grupo control) se emparejaron en una proporción de 1:4, y las variables emparejadas fueron sexo, edad ( $\pm 1$  año). Realizaron un estudio de diseño prospectivo de cohortes emparejados y los principales resultados fueron: un total de 8.726 personas sufrieron violencia (grupo control: 34.904 personas) durante 15 años. La prevalencia de abuso de sustancias entre las víctimas de violencia fue de 78,3/104 y abuso de

sustancias 61,9/104. El riesgo de abuso de drogas, drogodependencia y alcoholismo después de la exposición a la violencia (promedio de 9 años) fue 7,47, 7,15 y 6,86 veces ( $p < 0,01$ ), respectivamente, en comparación con aquellos que no sufrieron violencia. Los riesgos de drogodependencia, abuso de alcohol y alcoholismo después de la exposición a la violencia (promedio de 9 años) fueron 14,92, 12,26 y 11,55 veces, respectivamente, superiores a las que no sufrieron violencia ( $p < 0,01$ ). En conclusión, los riesgos de abuso de sustancias, después de la violencia adulta, son mayores que en aquellos que no han sufrido lesiones violentas.

Nguyen et al. (2023) quienes examinaron los síntomas del estrés postraumático, la violencia de género y el consumo excesivo de alcohol en mujeres de Durban, provincia de KwaZulu-Natal, Sudáfrica. La investigación tuvo como finalidad el examinar si existe asociación entre la violencia y el abuso de alcohol entre las mujeres expuestas y no expuestas a violaciones, con una muestra de 1615 mujeres, los investigadores utilizaron la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Bebidas Alcohólicas (AUDIT-C), el estudio fue un análisis de datos transversal, donde obtuvieron los siguientes resultados, el 31 % ( $n=498$ ) informó abuso de alcohol. Por otro lado, la exposición a cualquier maltrato infantil sexual, físico y emocional, se asoció de manera independiente con el abuso de alcohol. La exposición de por vida a cualquier violencia de pareja física, emocional y económica, violencia sexual fuera de la pareja y otros traumatismos se asociaron con el abuso de alcohol. Finalmente, la exposición a un número cada vez mayor de cualquier tipo de abuso y otros eventos traumáticos se asociaron de forma independiente con el abuso del alcohol en mujeres.

En resumen, las investigaciones encontradas brindan resultados interesantes con respecto a la violencia y el consumo de alcohol en mujeres víctimas, en los estudios existen análisis con variables adicionales como consumo de sustancias, hechos estresantes, culpabilización a la

víctima, depresión, intento de suicidio, abuso de alcohol, estrés post traumático, consumo de tabaco, entre otros, realizados en diferentes partes del mundo, como en Lima-Perú, Europa, España, Brasil, Latinoamérica, Korea, Taiwan y Sudáfrica, donde los investigadores realizaron estudios transversales, longitudinales, de casos y controles, y experimentales, dentro de diferentes contextos como en mujeres bajo pena de cárcel, en mujeres migrantes o población de un lugar geográfico específico, encontrando en muchos de ellos una asociación significativa entre la violencia y el consumo de alcohol en mujeres, en otros se encontró que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para la violencia, además en uno que otro estudio se halló el riesgo de las variables de manera contraria, es decir, que la violencia es un factor de riesgo para consumir alcohol en víctimas, en algunos casos esto las lleva a culpabilizarse a sí mismas, y por ello nuevamente consumen alcohol, entendiéndose como un ciclo repetitivo. En otros casos se encontró que la violencia de género, la depresión y el abuso de alcohol incrementó el riesgo de intentos de suicidio, contrariamente un estudio halló que los riesgos de abuso de sustancias, después de la violencia adulta, son mayores que en aquellos que no han sufrido lesiones violentas. Si bien es cierto hay estudios que determinan que el consumo de alcohol sería un riesgo post o pre violencia y en otros casos la nula asociación, sin embargo es importante recalcar que la violencia en muchos casos no se da por única vez en la vida de las víctimas, dicho esto se podrían considerar los estudios donde indican la asociación y el consumo de bebidas alcohólicas como factor de riesgo a sufrir violencia, debido a la utilidad para el presente estudio, además de comprender la magnitud y complejidad de las variables de violencia y consumo de alcohol, en virtud de que una podría ser considerada como un riesgo para la otra o viceversa siendo estas concomitantes.

## 1.5. BASES TEÓRICAS

### 1.5.1. *Consumo abusivo de alcohol.*

El consumo abusivo de alcohol representa un riesgo significativo para la salud, sin ser precisamente adictivo, esto se debe a la forma en que el efecto psicoactivo del alcohol puede influir en ciertos comportamientos, además de causar enfermedades. Es así, que se pueden identificar un par de modalidades del consumo dañino de bebidas alcohólicas (Pons, 2007):

- **Consumo abusivo cuantificado:** Es la cantidad y la frecuencia que se consume una sustancia en particular excediendo los límites que la persona pueda tolerar.
- **Consumo abusivo cualificado:** Es el consumo de una sustancia dañina que está asociada a contextos individuales independientemente de la frecuencia.

Según el National Institute on alcohol, Abuse and Alcoholism (2022, 2024) la adicción de una persona al alcohol es un trastorno crónico periódico que se relaciona con el consumo compulsivo de esta sustancia, la pérdida del control y la expresión emocional negativa cuando no se dispone del alcohol. En cuanto al trastorno por consumo, este se caracteriza por la deficiente capacidad de limitar su uso excesivo, a pesar de que la persona consumidora sabe cuáles son las consecuencias en la salud, sociales y ocupacionales. Se trata de un trastorno del espectro que puede manifestarse de manera leve, moderada o grave, llegando a condiciones como el abuso de alcohol, dependencia al alcohol o, coloquialmente, alcoholismo. Por otro lado, se define el “binge drinking” como la ingesta rápida de grandes cantidades de alcohol en un período de tiempo corto, es decir un patrón de consumo que eleva el nivel de alcohol en la sangre a un mínimo de 0.08 gramos de alcohol por decilitro, una mujer puede alcanzar este nivel cuando consume un mínimo de cuatro bebidas o un hombre consume mínimo cinco bebidas en un lapso cercano a 2 horas.

Citando a Becoña (2002) quien sostiene que las teorías de actitud-conducta describen la relación entre las creencias, la conducta, las intenciones, la percepción y las actitudes, aspectos que están relacionados influyendo en el consumo de bebidas alcohólicas (Johnson, et al., 1988; Petraitis et al., 1995); una de las más importantes es la teoría de la acción razonada, teniendo como propósito la predicción y comprensión de la conducta propia del ser humano (Ajzen & Fishbein, 1980) evolucionando a la teoría de la conducta Planificada, formulada por Ajzen (1991, 2011, 2014), la cual, explica que en la conducta de una persona subyace la interacción entre las creencias sobre las normas subjetivas percibidas que son las suposiciones, además, hace referencia que para la predicción del comportamiento este tiene que ser medido en eventos conductuales específicos (Ajzen, 1991; Armitage & Conner, 2001; Cooke et al., 2016; Collins & Carey, 2007; Funkhouser & Amatetti, 1987; Johnson, et al., 1988; McEachan et al., 2011; Reyes, 2007). La teoría ha sido fundamental para comprender y abordar el consumo de bebidas alcohólicas, según revelan múltiples estudios científicos, estos estudios destacan que los elementos clave de esta teoría, están estrechamente vinculados con los patrones de consumo de alcohol, tanto en términos de la frecuencia con la que se consume como de la cantidad ingerida, proporcionando una base sólida para desarrollar estrategias efectivas de prevención dirigidas a modificar las actitudes y percepciones asociadas con el consumo de bebidas alcohólicas (Johnston & White, 2003; Marcoux & Shope, 1997; Rodríguez-Kuri et al., 2007). Por otra parte, Brown et al. (1985-1993) quienes precisan la Teoría de las Expectativas, el cual es un modelo cognitivo utilizado para comprender y explicar los patrones del consumo excesivo de alcohol, considerando que el desarrollo de expectativas sobre esta sustancia comienza con creencias generales, en su mayoría difusas y desinteresadas sobre sus efectos, las cuales tienden a intensificarse con la edad de la persona, la experiencia vivida y la exposición ya sea en la familia, en la sociedad y en la cultura. Estas

creencias son las fuentes iniciales de aprendizaje sobre alguna sustancia (Mora-Ríos & Natera, 2000), además dichas expectativas predicen el consumo de bebidas alcohólicas; empero, estas son un componente más dentro de los factores del uso de dicha sustancia, el primer programa de prevención donde se incluyeron las expectativas produjo sus reducciones, pero no sus modificaciones (Jones et al., 2001). Así mismo, se detallan las teorías del aprendizaje social, las mismas que enfatizan que a través de la observación el ambiente modela las cogniciones, a este proceso se le llama aprendizaje vicario, posteriormente aparecen las expectativas, las mismas que son creencias negativas o positivas sobre la base de las implicancias de una circunstancia, acumulándose progresivamente dentro de la memoria (Bandura & Walters, 1963; Jones et al., 2001).

#### Etapas del ciclo de la adicción

La adicción puede describirse como un ciclo que se repite de forma constante, el mismo que tiene tres etapas, cada una de estas se relacionan y se alimentan entre sí. Estas etapas incluyen tres dominios que son: la función ejecutiva, la prominencia de inventivos y los estados emocionales negativos (General, U. S., 2016; Koob & Volkow, 2016; Koob et al., 2020).

1. Etapa del abuso de alcohol y/o intoxicación: El individuo percibe efectos satisfactorios del consumo de alcohol, se da una activación de recompensa dentro del organismo y de los núcleos de la base de manera constante.
2. Etapa de afecto negativo / abstinencia: La persona experimenta los síntomas de abstinencia al dejar de beber, la persona bebe alcohol por escapar de estos síntomas lo cual contribuye al consumo de alcohol crónico.

3. Etapa de preocupación/anticipación: La persona busca consumir alcohol después de la abstinencia, se preocupa por obtener más y espera con ansias el volver a consumir (Koob & Moal, 1997).

Por otro lado, con respecto al consumo de sustancia de acuerdo con la OMS (2020) las sustancias tienen varios compuestos sintéticos o en otras ocasiones naturales, que alteran las funciones reguladoras del pensamiento, comportamiento y emociones al intervenir en el sistema nervioso. Para su uso recreativo, farmacológico o general, existen medidas de control y fiscalización. Algunas personas tienen autorización para el uso de cocaína y sus derivados con fines médicos o de investigación, sin embargo, su consumo conlleva riesgos a corto plazo como la intoxicación, aumento del riesgo de lesiones por accidentes o agresiones, y conductas sexuales en condiciones inseguras, entre otros. El uso prolongado y repetido de estas sustancias puede llevar al desarrollo de trastornos por dependencia, que son crónicos y recurrentes, estos trastornos se caracterizan por una intensa necesidad de la sustancia y la pérdida de la capacidad para controlar su consumo, a pesar de conocer las consecuencias adversas para la salud y el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal.

Como señala la OPS (2019) los trastornos por el uso de estupefacientes ocasionaron cerca de 85 mil muertes, que representan el 47%, siendo un aproximado de 55 mil hombres y 30 mil mujeres. Los Estados Unidos de América, Canadá, Perú, Bolivia, Uruguay, Brasil y Guayana representan el 20% de niveles más altos en las tasas de mortalidad.

Según la definición de la OMS, la droga psicoactiva es entendida como toda sustancia que al ser consumida altera alguna función del sistema nervioso central (Kramer & Cameron, 1975). Dicho en otras palabras, es aquella sustancia química que tiene la capacidad de causar efectos

sobre la psique. Al referirnos a su independencia de clasificación sociológica se pueden detallar tres posibilidades (Berjano & Musitu, 1987):

- Sustancias que son institucionalizadas: las mismas que son legales en referencia a su producción, distribución, consumo y publicidad, por ejemplo: el alcohol y el tabaco.
- Sustancias que no son institucionalizadas: son las drogas ilegales.
- Sustancias que son institucionalizadas y con posibilidad de uso excesivo: son las sustancias hechas con fines médicos, las mismas que pueden tener un mal uso y ser consumidas con un objetivo recreativo.

Citando a Becoña (2002) quien clasificó las teorías y modelos explicativos que describen el consumo de sustancias, los que son divididos en tres tipos de teorías: Las teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes, las teorías y modelos de estadíos y evolutivas, y las teorías y modelos integrativos y comprensivos.

### ***1.5.2. Violencia contra la mujer***

El artículo 5 de la Ley N° 30364, Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, postula que "La violencia contra las mujeres es denominado así a cualquier acción o conducta que ocasione muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado".

Según la Organización de Naciones Unidas (2009) sostiene que la violencia contra la mujer es todo acto de violencia de género que implique, o pueda resultar en daño físico, sexual o psicológico, incluyendo las amenazas a dicha población vulnerable, coacción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada. Esta descripción destaca la variedad de formas en

que la violencia de género puede manifestarse y resalta la importancia de abordar y prevenir estos actos para proteger a las mujeres de cualquier tipo de violencia. La violencia de género dentro de las relaciones conyugales, estaba naturalizada, silenciada, lo que la hacía invisible, formando parte de la vida diaria de las mujeres (Nogueiras, 2004). En otras palabras, la violencia de género en las relaciones conyugales puede reflejar el deseo del hombre de controlar a la mujer, dominar su resistencia, e inhibir su poder para lograr su sumisión y dependencia psicológica; es decir que la violencia puede ser utilizada como un mecanismo de control, impactando de manera negativa en la vida de las mujeres. En este contexto, dependiendo de la intensidad de la violencia se convierte en una forma directa de dominación, generando miedo, bloqueos, control o daño (Bonino, 1999; Berbel, 2004). Galtung (2003) acuñó el concepto de violencia estructural mencionando la triada de la violencia relacionando las siguientes dimensiones: la directa, estructural y cultural.

#### Tipos de violencia

La ONU (2006) menciona en un informe realizado el 6 de julio de 2006, las siguientes formas de violencia al grupo femenino:

1. La violencia conyugal o de pareja, es una forma de violencia muy común a nivel global. Esta puede manifestarse como violencia física, donde se usa la fuerza, incluso armas, para dañar a la mujer; la violencia psicológica se caracteriza por el control, aislamiento y humillación por parte del agresor, la violencia económica es negar el acceso a recursos básicos y la violencia sexual implica participar en actos sexuales sin consentimiento, ya sea bajo la influencia de sustancias o en el caso de mujeres con discapacidad.
2. Violencia dentro de la familia, este tipo de violencia la enfrentan muchas mujeres en el seno familiar, puede manifestarse a lo largo de toda su vida, desde antes de su

nacimiento hasta la vejez, puede incluir agresiones físicas, infanticidio de niñas, abuso sexual dentro del hogar, así como prácticas como la ablación o mutilación genital femenina, entre otras formas de violencia.

3. Violencia dentro de la comunidad, que comprende el feminicidio o femicidio, acoso sexual y/o violencia en el lugar de trabajo, instituciones y en el espacio deportivo, además de violencia sexual por una persona que no sea la pareja misma.
4. Violencia cometida o tolerada por el Estado, es la violencia contra a la mujer recluida, homicidios, torturas, raptos, violaciones, prostitución forzada, prisiones arbitrarias, matrimonios forzados, abortos forzados, embarazos forzados, esterilización compulsiva, esterilización forzada, violencia contra la mujer en conflictos armados y explotación sexual.

#### Teorías socioculturales

La violencia viene de la estructura cultural, social política o ideológica y se respalda desde el siguiente conjunto de teorías:

- Teoría del aprendizaje social según Bandura (1977) esta teoría es útil para entender que el aprendizaje del ser humano se sustenta con el desarrollo de nuevas conductas que se dan cuando un individuo está observando a otros. Al hablar sobre la violencia de género, dicha teoría sustenta que la violencia se aprende durante la socialización dentro de la familia, es decir ser testigo o víctima de violencia en la infancia puede aumentar el riesgo de experimentar o perpetuar violencia en la vida adulta.

Por otra parte, las siguientes teorías son estudios acerca de los motivos que tiene una mujer para no dejar una relación violenta, las principales teorías son:

- Teoría de la indefensión aprendida, al principio fue proposición de Hiroto y Seligman (1975) explican cómo las mujeres pueden sentirse impotentes y desanimadas después de experimentar situaciones de violencia o fracaso en repetidas ocasiones. Las mujeres maltratadas pueden llegar a sentir que sus esfuerzos por evitar o detener la violencia son inútiles, lo que puede llevar a una sensación de inutilidad y anulación. Es importante reconocer y abordar este tipo de experiencias para poder ayudar a las personas a recuperar su sentido de control y empoderamiento.
- Teoría del ciclo de la violencia, Walker (1979) menciona que en las relaciones conyugales la violencia ocurre en ciclos repetitivos, no es ni aleatoria ni constante. La permanencia e intensidad es variada entre parejas:
  - a. La primera fase es la acumulación de tensión, es común observar cómo la tensión y los conflictos van en aumento de manera gradual, lo que puede generar un ambiente de incomodidad y malestar entre los miembros de la pareja.
  - b. La segunda fase es la explosión, donde se produce la agresión hacia la víctima y aumenta su gravedad paulatinamente.
  - c. La tercera fase es la luna de Miel, en esta fase el agresor supuestamente está arrepentido, podría pedir perdón y mencionar una promesa de cambio. Se muestra amable y la víctima le da una nueva oportunidad creyendo que va a cambiar.

El ciclo se repite y se va reduciendo con el tiempo, hasta que la última fase desaparece y las agresiones aumentan en frecuencia e intensidad. Esta teoría, sigue siendo una de las más reconocidas en su campo.

- Teoría de la unión traumática, de Dutton y Painter (1981) quienes sostienen que en la violencia de género se establece un vínculo emocional complejo entre la víctima y el agresor, caracterizado por una asimetría de poder y un ciclo de maltrato. Es importante reconocer que esta

situación puede generar un apego entre ambas partes, incluso cuando el trato es perjudicial. La interdependencia puede surgir a partir de la disminución de la autoestima de la víctima, lo que refuerza la necesidad de la presencia del agresor en su vida.

- Modelo del castigo paradójico, Long y McNamara (1989) plantean que existe la posibilidad de reforzar la permanencia de la mujer que sufre maltrato a través de un patrón de interacción que se desarrolla en cinco fases: la formación de la tensión, la descarga de la tensión por parte del maltratador, el escape de la víctima, el arrepentimiento del agresor y la vuelta de la víctima a la relación. Este ciclo puede perpetuar la violencia y dificultar la salida de la víctima de la situación de maltrato.

Los modelos teóricos de las variables de estudio juntos son las siguientes:

El modelo teórico alternativo o el modelo crítico-holístico de Wright (1999) donde existe una dialéctica macrocontextual de la política y la microcontextual de las situaciones y resultados desde el individuo, su familia y la comunidad, para posteriormente cotejar las políticas a nivel macro y a nivel micro, este modelo detalla la necesidad de una buena articulación entre las políticas considerando la realidad de manera amplia, con el objetivo de respaldar y ejercer presión en la intervención de consumo de sustancias y violencia a nivel nacional. Su análisis empieza determinando la ideología de las sustancias y de la violencia, luego realizar análisis dialécticos macro contextuales de las políticas, con el fin de determinar los factores condicionantes en su totalidad comparándolo con el nivel micro, lo cual permite conocer a profundidad las políticas y su impacto en la población.

Por otro lado, el modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987), donde resalta la multidimensionalidad del desarrollo humano, enfatizando la importancia de considerar el entorno en el que se desenvuelve el individuo. Este modelo sostiene que el ambiente ecológico está

compuesto por diferentes niveles concéntricos como el micro-sistema, meso-sistema, exo-sistema y macro-sistema, posteriormente fue adaptado para explicar la violencia en la pareja, abordando cuatro puntos clave: el individual, relacional, comunitario y social. Según la OMS y OPS (2002), la violencia es multicausal, es decir no puede ser atribuida a un solo factor, ya que es el resultado de una interacción entre diversos elementos a nivel individual, familiar, social, cultural y ambiental, por ello es importante considerar esta complejidad al analizar y abordar la violencia en nuestras sociedades. El desarrollo de este modelo se realizó para una vida sin violencia de género encaminado a integrar tres perspectivas: el enfoque de atención de la violencia hacia la familia, a las mujeres y de ciudades seguras. El desafío radica en justamente transformar estas situaciones para construir condiciones seguras y eliminar la violencia. En este modelo se considera al consumo de alcohol y drogas como un factor de riesgo individual relacionado con la violencia hacia las mujeres.

El Modelo explicativo de la epidemiología social, busca entender los problemas complejos como la relación entre las drogas con la violencia y esto lo hace desde una perspectiva macroestructural, con raíces en el materialismo dialéctico marxista. Por último, el Modelo médico o de la enfermedad, donde la adicción a sustancias es considerada como una patología diferente, progresiva y con consecuencias físicas y que necesita tratamiento médico. Las entidades se comprometieron a ver a la adicción como un conjunto de síntomas clínicos (Castellanos, 1990; Pillon & Luis, 2004).

Con este sustento teórico en base a la definición de conceptos, los cuales ayudan a clarificar las ideas clave que se utilizarán en la presente tesis, brindando una guía de teorías esenciales para su solidez y coherencia, asegurando su fundamento y contextualización, por ello es que se

plantearon los siguientes objetivos para responder a la pregunta de investigación que guía este estudio.

## **1.6. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

### ***1.6.1. Objetivo general***

Determinar los factores sociodemográficos, familiares y de consumo de alcohol asociados a la violencia en mujeres que acuden a una entidad judicial de la provincia del Cusco-2023.

### ***1.6.2. Objetivos específicos***

- Analizar en qué medida la procedencia y el nivel socioeconómico están asociados al consumo de alcohol en mujeres víctimas de violencia de pareja.
- Analizar en qué medida la tipología familiar está asociada al consumo de alcohol en mujeres víctimas de violencia de pareja.
- Analizar en qué medida el consumo abusivo de alcohol de la mujer está asociado a la violencia en mujeres que acuden a una entidad judicial de la provincia del Cusco.
- Comparar las tasas de consumo de alcohol en el grupo que sufrió violencia y en mujeres del grupo control.
- Determinar el porcentaje de mujeres que son víctimas de violencia física, psicológica y sexual.

## METODOLOGÍA

### 2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de casos y controles, apareados por edad, estado civil y nivel educativo.

### 2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

#### POBLACIÓN

La población objetivo de la investigación estuvo constituida por la totalidad de mujeres que acuden al Módulo Integrado de Violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar de una entidad judicial de la provincia del Cusco, siendo un total aproximado de 3600 mujeres atendidas desde julio del 2022 hasta julio el 2023.

#### Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión de casos:**

Género: Las participantes deben ser mujeres.

Edad: Las participantes deben de tener 18 años a más.

Experiencia en violencia: Las participantes que experimentaron algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja y acudieron a la entidad judicial para hacer una denuncia.

- **Criterios de exclusión de casos**

Experiencia en violencia: Las participantes que experimentaron algún tipo de violencia por parte de personas desconocidas o familiares. Las participantes que no sufrieron violencia.

- **Criterios de inclusión controles:**

Género: Las participantes deben de ser mujeres acompañantes de usuarias/os del módulo.

Edad: Las participantes deben de tener 18 años a más.

Experiencia en violencia: No haber experimentado violencia.

- **Criterios de exclusión de controles**

Experiencia en violencia: Las participantes que experimentaron algún tipo de violencia por parte de su pareja, expareja u otra persona.

## MUESTRA

Para obtener la muestra se realizó el cálculo en estudios de casos y controles (Pértiga & Pita, 2002). Lo integraron 81 casos y 81 controles.

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{[1.96 \sqrt{2(0.3)(1-0.3)} + 0.84 \sqrt{0.40(1-0.40) + 0.20(1-0.20)}]^2}{(0.40 - 0.20)^2}$$

Reemplazando los datos:

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$Z_{1-\beta} = 0.84$$

$$p_1 = 0.40$$

$$p_2 = 0.20$$

$$p = (P_1 + P_2) / 2 = 0.3$$

$$n = 81$$

## Población de casos.

Mujeres que realizan una denuncia de violencia por parte de su pareja o ex pareja en una entidad judicial de la provincia del Cusco.

**Población de controles.**

Mujeres acompañantes de usuarias/os del módulo que no sufrieron violencia.

**MUESTREO**

Se trabajó con un muestreo no probabilístico por conveniencia debido a que implica seleccionar a las personas que estén disponibles en el momento de la recolección de datos. Su variación es el muestreo a criterio quiere decir que además de la disponibilidad de las usuarias, se eligieron a las más apropiadas para participar en la investigación (Velasco et al., 2002).



### 2.3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medida	Instrumento
CONSUMO DE ALCOHOL	Es la ingesta de alcohol que podría llevar a la dependencia de esta bebida, generando consecuencias graves en la salud.	Sin consumo perjudicial Consumo de riesgo Consumo perjudicial Dependencia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuencia de consumo.</li> <li>2. Cantidad típica.</li> <li>3. Consumo elevado.</li> <li>4. Pérdida de control sobre el consumo.</li> <li>5. Aumento de la relevancia del consumo.</li> <li>6. Consumo matutino.</li> <li>7. Sentimiento de culpa tras el consumo.</li> <li>8. Lagunas de memoria.</li> <li>9. Lesiones relacionadas con el alcohol.</li> <li>10. Otros se preocupan por el consumo.</li> </ol>	INDEPENDIENTE	ORDINAL	AUDIT
NIVEL EDUCATIVO	Es el último grado de estudios terminado y aprobado por una persona, en el nivel o ciclo avanzado que ha cursado en cualquier centro de enseñanza.	Primaria Secundaria Técnico Universitario Postgrado	Ítem 1	INDEPENDIENTE	ORDINAL	ENCUESTA SOBRE DROGAS EN HOGARES - El Sistema Interamericano de Datos Uniformes de la CICAD - SIDUC
EDAD	Años de vida de una persona agrupados en categorías.	18-29 30-39 40-49 50-59 60 a más	Ítem 2	INDEPENDIENTE	ORDINAL	
ESTADO CIVIL	Es la situación de una persona según el registro civil si tiene o no pareja.	Soltera Casada Viuda Divorciada Separada Conviviente	Ítem 4	INDEPENDIENTE	NOMINAL	

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Es la medida económica y sociológica que combina la preparación laboral, posición económica y social individual.	Bajo Medio bajo Medio Medio alto Alto	Ítem 5	INDEPENDIENTE	ORDINAL	
TIPO DE FAMILIA	Tipo de familia donde se desarrolla el individuo.	Nuclear Extendida Reconstituida Monoparental	Ítem 6	INDEPENDIENTE	NOMINAL	
LUGAR DE PROCEDENCIA	Es el lugar de donde una persona procede.	Wanchaq San Jerónimo San Sebastián Saylla Santiago Poroy Ccorca Otros	Ítem 7	INDEPENDIENTE	NOMINAL	
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	Consumo de sustancias ilegales durante los últimos meses.	Edad de inicio del consumo de la sustancia. Prevalencia de mes, año y vida.	Ítem 19-58	INDEPENDIENTE	NOMINAL	
VIOLENCIA DE PAREJA	La violencia familiar es la existencia del maltrato de parte de la pareja o del cónyuge, esta puede ser física, psicológica o sexual.	Violencia psicológica Violencia sexual Violencia física	Violencia física de la pregunta 1 – 8 Violencia sexual de la pregunta 9 – 28 Violencia psicológica de la pregunta 29 – 42.	DEPENDIENTE	NOMINAL	Escala de Evaluación de tipo y fase de violencia de género (EETFVG)

## 2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos y la siguiente encuesta:

### 2.4.1. *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*

El instrumento fue diseñado por la OMS, detecta patrones de consumo de riesgo o perjudiciales para la salud de las personas, se aplica a personas de ambos sexos, mayores de 18 años, su aplicación dura entre 2 y 4 minutos, el instrumento tiene 10 preguntas sobre el consumo, se pueden identificar los síntomas de la dependencia y problemas del uso y abuso de dicha sustancia, dividiéndose en 3 dominios: consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol, la suma de los puntajes es de 0 a 40 puntos. Por la recomendación de la OMS los puntajes tienen tres niveles: el consumo de riesgo (de 8 a 15 puntos), el consumo perjudicial (de 16 a 19 puntos) y por último la dependencia (de 20 puntos a más) (Babor et al., 2001).

#### **Fiabilidad y Validez**

Lapham et al. (1998) emplearon el AUDIT para calcular la tasa de trastornos causados por el consumo de bebidas dañinas en hospitales regionales de Tailandia. Por su parte, Piccinelli et al. (1997) realizaron una evaluación de este instrumento como una herramienta de detección para el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas en clínicas de Italia, concluyendo que este instrumento tuvo efectividad. Además, Ivis et al. (2000) aplicaron el AUDIT en Ontario-Canadá, la fiabilidad y validez de este instrumento fueron comprobadas en estudios de investigación realizados en diversos contextos y en numerosos países, habiéndose traducido a múltiples idiomas.

En América Latina Seguel et al. (2013) hizo un estudio para evaluar la validez y confiabilidad del test en estudiantes de una universidad chilena, utilizaron el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la validez y fiabilidad. Se encontró que su confiabilidad fue adecuada

( $\alpha=0,83$ ). Por otro lado, Pozo (2018) realizó un estudio similar en Perú, específicamente en Los Olivos-Lima, con el objetivo de adaptar el Cuestionario en universitarios de dicha zona, participaron 660 estudiantes. Los resultados del análisis mostraron índices adecuados de homogeneidad, discriminación y comunalidad, mientras que la validez fue respaldada mediante pruebas binomiales y el coeficiente V de Aiken, encontrando una consistencia interna de 0.836 en el alfa de Cronbach demostrando alta confiabilidad, al revisar los resultados óptimos de la prueba, se procedió a manejar dicha versión. Al revisar los estudios de validez y confiabilidad realizados en América Latina y Perú, se concluye que la prueba arrojó resultados positivos en todos los casos, lo que indica que es útil para la presente investigación.

#### **2.4.2. Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG)**

Fue realizada por Jara y Romero (2010), su adaptación española se realizó por la Universidad Jaume en ese mismo año, tiene el objetivo de determinar un análisis de violencia de pareja, fases de violencia y tipo de violencia, se puede administrar de forma individual y grupal a mujeres entre 18 y 49 años y mayores de edad, la escala está constituida por 42 ítems y tiene tres dimensiones: violencia física (preguntas del 1-8); violencia sexual (preguntas del 9-28) y violencia psicológica (preguntas del 29-42) calificación tipo Likert, tiene una duración de 10 a 20 minutos. La escala tiene respuestas de tipo Likert, desde 0 a 4, siendo todos los reactivos positivos. El instrumento de evaluación tiene dos partes, la primera parte posee 28 ítems, teniendo la siguiente escala: 0=Nada/Nunca, 1=Algunas veces, 2=Muchas veces, 3=Casi siempre y 4=Siempre. La segunda parte tiene 14 ítems, con preguntas de las creencias sobre la violencia hacia la mujer, con las siguientes escalas: (0) Nada de acuerdo, (1) Algo de acuerdo, (2) Bastante de acuerdo, (3) Muy de acuerdo y (4) Totalmente de acuerdo.

### **Propiedades psicométricas originales**

La finalidad de la escala es determinar la violencia en parejas, evaluando las distintas fases y tipos de violencia. Se inició con la evaluación de 102 ítems, los cuales fueron sometidos al criterio de 25 jueces. Los resultados revelaron que los reactivos presentaban una validez de contenido aceptable. Posteriormente, se eligieron los ítems más relevantes, tomando el 25% con mayor valor y el 25% con menor valor, lo que resultó en una selección final de 42 ítems. Estos fueron elegidos siguiendo un orden de puntuación, utilizando la técnica del grupo nominal. Además, se llevaron a cabo análisis exploratorios y confirmatorios, que demostraron índices de consistencia sólidos (Jara & Romero, 2010).

### **Propiedades psicométricas de la prueba piloto**

Se ejecutó la prueba piloto del instrumento, con el objetivo de evaluar su validez, se utilizó el coeficiente de validación V de Aiken como el estadístico más confiable. A través de la valoración de jueces, se logró obtener una validez de contenido del 100%. Por otro lado, al aplicar el coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor estimado de 0.618 para la escala total del cuestionario sobre creencias acerca de la violencia hacia las mujeres (Kline, 1993), demostrando una fiabilidad adecuada. Asimismo, las correlaciones ítem-test corregidas fueron superiores a 0.30, al igual que las comunalidades, indicando que los ítems relacionados con las creencias acerca de la violencia de género son admisibles (Carvajal et al., 2016).

### **Validez y confiabilidad**

Jara y Romero (2010) lograron validar el contenido del instrumento por medio de la técnica de juicio de 25 expertos, quienes confirmaron un dominio aceptable de la variable. Además, se realizaron estudios tanto a nivel internacional como nacional, incluyendo Perú, es el caso del estudio de Nina (2021) quien investigó la violencia contra las mujeres de Santa Rosa en Puno,

logrando una consistencia interna donde obtuvo los siguientes resultados: para la escala total,  $\alpha = 0.818$ ; para la dimensión comportamiento de tipo y fase de la violencia de género,  $\alpha = 0.838$ ; y para creencias sobre la violencia de género,  $\alpha = 0.646$ . Por otro lado, al emplear el coeficiente Omega de McDonald's, se obtuvieron los siguientes valores: para la escala total,  $\omega = 0.905$ ; para la dimensión del comportamiento de tipo y fase de la violencia de género,  $\omega = 0.930$ ; y para creencias sobre la violencia de género,  $\omega = 0.689$ . Además, es importante mencionar que, Aramburú (2020) en su estudio de “Violencia contra la mujer y dependencia emocional en Tarma-Perú” utiliza la escala, con 77.3 % de validez según los expertos considerada como “muy buena y excelente”, y con una alta confiabilidad de  $\alpha = 0,953$ , por ello se utilizó esta versión para la presente investigación, debido a su alta validez y confiabilidad.

Según las referencias, la escala arrojó resultados positivos en todos los casos, lo que indica que es útil para la presente investigación.

#### ***2.4.3. ENCUESTA SOBRE DROGAS EN HOGARES - El Sistema Interamericano de Datos Uniformes de la CICAD - SIDUC***

El SIDUC es una metodología que se enfoca en analizar la demanda de drogas con el propósito de recopilar datos, desarrollar conceptos explicativos y respaldar respuestas al problema del consumo de sustancias psicoactivas. Su objetivo es obtener información transversal que muestre características de consumidores en diferentes grupos, así como investigar información longitudinal para describir la evolución a lo largo del tiempo de las características de los consumidores en estos grupos y finalmente construir modelos explicativos. Uno de los objetivos del SIDUC es el Programa de encuestas periódicas, que busca implementar un Sistema Uniforme de Información sobre Consumo de Drogas en los países miembros de la OEA. Su finalidad es determinar la dimensión y características del consumo de sustancias legales e ilegales en cada país,

abarcando a la población de ambos sexos, de edades entre 12 y 65 años y de diferentes niveles socioeconómicos.

El cuestionario contiene los siguientes módulos adaptables de acuerdo a cada realidad:

El módulo N°1 contiene información general; el módulo N°2 presenta información sobre el consumo de sustancias como el tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, medicamentos tranquilizantes, estimulantes y analgésicos de prescripción controlada, cannabis, marihuana, hachís, cocaína, clorhidrato de cocaína, pasta base/basuco/pasta, crack, éxtasis, lsd, inhalables, Popper y otras sustancias; el módulo N°3 tiene preguntas de la percepción de riesgo y factores asociados al consumo de drogas; en el módulo N°4 se encuentra la información sobre el tratamiento; el módulo N°5 contiene la información sobre el tráfico de drogas, el módulo N°6 tiene información sobre las medidas de prevención y control de drogas y en el módulo N°7 se encuentra la información sobre población laboral (CICAD, 2011).

## **2.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El estudio se elaboró en una muestra de 81 casos y 81 controles, realizando la aplicación de instrumentos de forma individual a las mujeres víctimas de violencia que se presentaron en la entidad judicial y a las mujeres acompañantes de las usuarias, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, la aplicación se ejecutó en el consultorio de psicología, la duración fue de aproximadamente 45 minutos, la persona encargada del procedimiento fue la misma tesista con el asesoramiento del PhD Fernando Salazar Silva, donde inicialmente se les entregó el Consentimiento informado (Anexo I) para ambos grupos de casos y controles, después que la usuaria firmó el documento se procedió a entregarle los siguientes instrumentos en el orden indicado:

1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

2. Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) en caso de que la usuaria sea víctima de violencia familiar.
3. Encuesta estandarizada- Sistema Interamericano de Datos Uniformes de la CICAD – SIDUC.

Así mismo, el estudio pudo implicar un riesgo emocional para las participantes debido a que el grupo de casos lo integran las víctimas de violencia, por lo tanto, si la persona sentía malestar emocional podía optar por no responder las preguntas, retirarse por completo o en su defecto se le podía aplicar el protocolo de contención emocional (Ver Anexo II) de forma inmediata si era necesario. En dicho protocolo se detalla un plan de acción ante algún episodio de crisis en alguna participante al momento de responder las preguntas sobre la experiencia de violencia que vivió; la persona encargada de aplicar dicho protocolo de contención fue la misma tesista, quien es psicóloga y cuenta con una certificación de intervención en crisis nivel básico e intermedio. Por otro lado, se adjuntó la lista de líneas de atención (Ver anexo III) que se les brindó a las mujeres que requirieron mayor soporte emocional luego de su participación en el estudio.

Para realizar la investigación se solicitaron los permisos y autorizaciones formales a la administración de la entidad judicial. Por otro lado, el área de psicología tiene como función realizar el peritaje psicológico a las usuarias después de que realicen una denuncia y también se realiza la atención psicológica dictadas en las medidas de protección, por orden del juzgado correspondiente, es por ello que la aplicación de instrumentos se realizó específicamente a las mujeres que acuden a sus atenciones psicológicas y a sus acompañantes debido a la gran demanda.

## **2.6. PLAN DE ANÁLISIS**

Se utilizó el software estadístico Jamovi y el análisis se realizó de la siguiente manera:

**Análisis Univariado:** se realizó una tabla de porcentajes de la muestra total de los casos y controles según factores sociodemográficos y familiares, del nivel de riesgo según el AUDIT, según el tipo de violencia física, sexual y psicológica, según la edad de inicio del consumo y la prevalencia por mes, año, y vida.

**Análisis Bivariado:** se utilizó el chi cuadrado para determinar la asociación entre las variables del nivel de violencia física, sexual y psicológica con los factores sociodemográficos y familiares del grupo de casos, del tipo y nivel de violencia con el nivel de riesgo del AUDIT, del tipo y nivel de violencia con las frecuencias de asociación de la prevalencia del consumo de alcohol según mes, año y vida, y del total de la muestra (casos-contrales) con las frecuencias de asociación de prevalencia de mes, año y vida del consumo de alcohol.

**Análisis multivariado:** se utilizó la regresión logística binaria para determinar si el consumo de alcohol en el último mes está asociado, con algún tipo de violencia contra la mujer controlando por las variables sociodemográficas y familiares. Posteriormente para determinar la asociación del consumo de alcohol en el último mes con la violencia física, sexual y psicológica, controlando por las variables sociodemográficas y familiares.

## 2.7. ASPECTOS ÉTICOS

Para proceder con la recolección de datos, primero se presentó el proyecto de tesis con los consentimientos informados ante el Comité de Ética de la investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú, además, se realizó un protocolo de contención emocional para las mujeres víctimas de violencia ante una eventual crisis emocional y una lista de líneas de atención, para las mujeres que después requieran una intervención especializada, estos documentos pasaron por una rigurosa revisión, posteriormente fue aprobada.

Así mismo, se solicitó el consentimiento informado a la totalidad de participantes, explicándoles sobre el objetivo de estudio, el procedimiento, los riesgos y beneficios de su participación en la investigación, la estricta confidencialidad de sus datos, resaltando que estos serían accesibles únicamente para la tesista y el asesor para fines de investigación, el cuidado del almacenamiento de la información, el derecho a retirarse voluntariamente si así lo quisieran y la devolución de los resultados.

Finalmente, la recogida de datos se realizó de manera presencial e individual, utilizando la base de datos para su tabulación.



## RESULTADOS

### 3.1.UNIVARIADOS

**Tabla 1**

*Estadísticos descriptivos de los puntajes de la muestra total de casos y controles según factores sociodemográficos y familiares.*

NIVEL EDUCATIVO	CASOS			CONTROL		
	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Primaria	7	8.6 %	8.6 %	7	8.6 %	8.6 %
Secundaria	37	45.7 %	54.3 %	37	45.7 %	54.3 %
Técnico	21	25.9 %	80.2 %	21	25.9 %	80.2 %
Universitario	13	16.0 %	96.3 %	13	16.0 %	96.3 %
Postgrado	3	3.7 %	100.0 %	3	3.7 %	100.0 %
<b>EDAD</b>						
18-29	18	22.2 %	22.2 %	18	22.2 %	22.2 %
30-39	41	50.6 %	72.8 %	41	50.6 %	72.8 %
40-49	15	18.5 %	91.4 %	15	18.5 %	91.4 %
50-59	5	6.2 %	97.5 %	5	6.2 %	97.5 %
60 a más	2	2.5 %	100.0 %	2	2.5 %	100.0 %
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltera	21	25.9 %	25.9 %	21	25.9 %	25.9 %
Casada	17	21.0 %	46.9 %	17	21.0 %	46.9 %
Viuda	0	0.0 %	46.9 %	0	0.0 %	46.9 %
Divorciada	5	6.2 %	53.1 %	5	6.2 %	53.1 %
Separada	24	29.6 %	82.7 %	24	29.6 %	82.7 %
Conviviente	14	17.3 %	100.0 %	14	17.3 %	100.0 %
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>						
Bajo	26	32.1 %	32.1 %	26	32.1 %	32.1 %
Medio bajo	28	34.6 %	66.7 %	28	34.6 %	66.7 %
Medio	26	32.1 %	98.8 %	26	32.1 %	98.8 %
Medio alto	1	1.2 %	100.0 %	1	1.2 %	100.0 %
Alto	0	0.0 %	100.0 %	0	0.0 %	100.0 %
<b>TIPO DE FAMILIA</b>						
Nuclear	50	61.7 %	61.7 %	60	74.1 %	74.1 %
Extendida	10	12.3 %	74.1 %	6	7.4 %	81.5 %
Reconstituida	13	16.0 %	90.1 %	8	9.9 %	91.4 %
Monoparental	8	9.9 %	100.0 %	7	8.6 %	100.0 %
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>						
Wanchaq	14	17.3 %	17.3 %	14	17.3 %	17.3 %
San Jerónimo	7	8.6 %	25.9 %	7	8.6 %	25.9 %
San Sebastián	23	28.4 %	54.3 %	23	28.4 %	54.3 %
Saylla	3	3.7 %	58.0 %	3	3.7 %	58.0 %
Santiago	27	33.3 %	91.4 %	28	34.6 %	92.6 %
Poroy	2	2.5 %	93.8 %	1	1.2 %	93.8 %
Ccorca	0	0.0 %	93.8 %	0	0.0 %	93.8 %
Otros	5	6.2 %	100.0 %	5	6.2 %	100.0 %

En la tabla 1 no se observan diferencias entre las características sociodemográficas y familiares de los casos y controles.

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos de los puntajes del nivel de riesgo del Cuestionario AUDIT de la muestra total de casos y controles.*

NIVEL DE RIESGO AUDIT	CASOS					CONTROL				
	Frec.	% del Total	% Acumulado	Media	DE	Frec.	% del Total	% Acumulado	Media	DE
Sin consumo perjudicial	77	95.1 %	95.1 %			80	98.8 %	98.8 %		
Consumo de riesgo	2	2.5 %	97.5 %	1.49	3.77	1	1.2 %	100.0 %	0.37	1.021
Consumo perjudicial	1	1.2 %	98.8 %			0	0.0 %	100.0 %		
Dependencia	1	1.2 %	100.0 %			0	0.0 %	100.0 %		

En la tabla 2 se encuentran los porcentajes del nivel de riesgo de alcohol distribuidos por casos y controles, donde se observa que el mayor porcentaje se encuentra en la categoría “sin consumo perjudicial”.

**Tabla 3**

*Estadísticos descriptivos de usuarias que son víctimas de violencia física, sexual y psicológica (Casos).*

	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	Media	Mediana	DE
<b>VIOLENCIA FÍSICA</b>						
BAJO	6	7.4 %	7.4 %			
MEDIO	41	50.6 %	58.0 %	50.5	50	18
ALTO	34	42.0 %	100.0 %			
<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>						
BAJO	11	13.6 %	13.6 %			
MEDIO	33	40.7 %	54.3 %	132.5	140	50.3
ALTO	37	45.7 %	100.0 %			
<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</b>						
NADA FRECUENTE	14	17.3 %	17.3 %			
REGULAR	61	75.3 %	92.6 %	65.1	60	22.3
MUY FRECUENTE	6	7.4 %	100.0 %			

En los resultados de la tabla 3 se observa que del total de mujeres que sufren violencia física, el 7.4 % presenta un nivel bajo, el 50.6 % un nivel medio y el 42.0 % un nivel alto, así como también se puede apreciar que del total de mujeres que sufren violencia sexual, el 13.6 % presenta un nivel bajo, el 40.7 % un nivel medio y el 45.7 % un nivel alto, mientras que del total de mujeres que sufren violencia psicológica el 17.3 % se encuentra en la categoría nada frecuente, el 75.3 % en la categoría regular siendo este el de mayor porcentaje y el 7.4 % en la categoría muy frecuente.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de la edad de inicio del consumo, prevalencias de mes, de año y de vida.*

VARIABLE	EDAD DE INICIO		PREVALENCIA DE MES		PREVALENCIA DE AÑO		PREVALENCIA DE VIDA	
	CASOS	CONTROL	CASOS	CONTROL	CASOS	CONTROL	CASOS	CONTROL
<b>ALCOHOL</b>								
0-10	0.0 %	0.0 %						
11-20	46.9 %	25.9 %						
21-30	32.1 %	44.4 %						
31-40	4.9 %	7.4 %	33.3 %	18.5 %	51.9 %	38.3 %	84.0 %	77.8 %
41-50	0.0 %	0.0 %						
51-60	0.0 %	0.0 %						
61 a más	0.0 %	0.0 %						
Sin consumo	16.0 %	22.2 %						

En la tabla 4, se observa una diferencia notable en la edad de inicio del consumo de alcohol entre las mujeres que sufren violencia y el grupo de control. El 46.9% de las mujeres que han experimentado violencia comenzaron a consumir alcohol entre los 11 y 20 años, lo que sugiere que este grupo puede estar expuesto a factores de riesgo que las llevan a iniciar el consumo a una edad más temprana. En contraste, el grupo de control muestra que el 44.4% comenzó su consumo entre los 21 y 30 años, indicando que estas mujeres pueden tener un patrón de consumo diferente, posiblemente influenciado por un entorno más estable o menos violento. Además, al analizar la prevalencia del consumo de alcohol, se observa que el grupo de casos (mujeres que sufren violencia) tiene una prevalencia mensual del 33.3%, lo que indica que un porcentaje significativo consume alcohol de manera regular. La prevalencia anual del 51.9% y la prevalencia de vida del 84.0% son aún más alarmantes, ya que sugieren que la mayoría de estas mujeres han consumido alcohol en algún momento de sus vidas, y más de la mitad lo hace de manera habitual. Por otro lado, el grupo de control presenta cifras más bajas en todas las categorías de prevalencia: un 18.5%

en consumo mensual, un 38.3% en consumo anual y un 77.8% en consumo de por vida. Esto podría indicar que las mujeres en este grupo tienen un menor riesgo de desarrollar patrones de consumo problemáticos, posiblemente debido a un entorno social más saludable o a una menor exposición a situaciones de violencia. En resumen, los datos sugieren que las mujeres que sufren violencia tienden a iniciar el consumo de alcohol a una edad más temprana y tienen una mayor prevalencia de consumo en comparación con el grupo de control. Esto podría ser un indicativo de la relación entre la violencia y el consumo de alcohol, lo que resalta la necesidad de intervenciones que aborden tanto la violencia como el consumo de sustancias en estas poblaciones.

### 3.2.BIVARIADOS

**Tabla 5**

*Estadísticos descriptivos del nivel de violencia sexual con los factores sociodemográficos y familiares del grupo de casos.*

	VIOLENCIA SEXUAL				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	p
	BAJO	MEDIO	ALTO	Total		
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>						
Primaria	0.0 %	42.9 %	57.1 %	100.0 %		
Secundaria	16.2 %	45.9 %	37.8 %	100.0 %		
Técnico	9.5 %	33.3 %	57.1 %	100.0 %	8.39	0.396
Universitario	23.1 %	46.2 %	30.8 %	100.0 %		
Postgrado	0.0 %	0.0 %	100.0 %	100.0 %		
Total	13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %		
<b>EDAD</b>						
18-29	38.9 %	16.7 %	44.4 %	100.0 %	23.9	0.002*
30-39	7.3 %	53.7 %	39.0 %	100.0 %		
40-49	6.7 %	40.0 %	53.3 %	100.0 %		
50-59	0.0 %	0.0 %	100.0 %	100.0 %		
60 a más	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %		
Total	13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %		
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltera	19.0 %	33.3 %	47.6 %	100.0 %	13.1	0.107
Casada	5.9 %	41.2 %	52.9 %	100.0 %		
Viuda	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %		
Divorciada	0.0 %	20.0 %	80.0 %	100.0 %		
Separada	4.2 %	50.0 %	45.8 %	100.0 %		
Conviviente	35.7 %	42.9 %	21.4 %	100.0 %		
Total	13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %		
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>						
Bajo	3.8 %	34.6 %	61.5 %	100.0 %	6.81	0.339

Medio bajo	17.9 %	46.4 %	35.7 %	100.0 %		
Medio	19.2 %	42.3 %	38.5 %	100.0 %		
Medio alto	0.0 %	0.0 %	100.0 %	100.0 %		
Alto	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %		
Total	13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %		
<b>TIPO DE FAMILIA</b>						
Nuclear	14.0 %	42.0 %	44.0 %	100.0 %		
Extendida	10.0 %	40.0 %	50.0 %	100.0 %		
Reconstituida	23.1 %	30.8 %	46.2 %	100.0 %	2.66	0.85
Monoparental	0.0 %	50.0 %	50.0 %	100.0 %		
Total	13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %		
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>						
Wanchaq	14.3 %	42.9 %	42.9 %	100.0 %		
San Jerónimo	14.3 %	28.6 %	57.1 %	100.0 %		
San Sebastián	17.4 %	34.8 %	47.8 %	100.0 %		
Saylla	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %		
Santiago	14.8 %	33.3 %	51.9 %	100.0 %	9.57	0.654
Poroy	0.0 %	50.0 %	50.0 %	100.0 %		
Ccorca	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %		
Otros	0.0 %	80.0 %	20.0 %	100.0 %		
Total	13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %		

En esta tabla se observa que la violencia sexual estaría asociada a la edad de las usuarias ( $X^2=23.9$ ,  $p=0.002$ ), mientras que no se observa asociación con las otras variables sociodemográficas y familiares.

**Tabla 6**

*Estadísticos descriptivos del tipo y nivel de violencia con el nivel de riesgo del AUDIT.*

NIVEL DE RIESGO AUDIT	VIOLENCIA FÍSICA				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	p	VIOLENCIA SEXUAL				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	p	VIOLENCIA PSICOLÓGICA				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	p
	BAJO	MEDIO	ALTO	Total			BAJO	MEDIO	ALTO	Total			NADA FREC.	REGULAR	MUY FREC.	Total		
Sin consumo perjudicial	7.8 %	48.1 %	44.2 %	100.0 %	4.11	0.662	14.3 %	39.0 %	46.8 %	100.0 %	3.34	0.765	15.6 %	77.9 %	6.5 %	100.0 %	13	0.042*
Consumo de riesgo	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %			0.0 %	50.0 %	50.0 %	100.0 %			50.0 %	0.0 %	50.0 %	100.0 %		
Consumo perjudicial	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %			0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %			100.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %		
Dependencia	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %			0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %			0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %		

En esta tabla se observa que la violencia psicológica estaría asociada al nivel de riesgo del AUDIT ( $X^2=13$ ,  $p=0.042$ ). Por otro lado, el nivel de riesgo del Audit no estaría asociado a la violencia física y sexual ( $p \geq 0.05$ ).

Tabla 7

*Estadísticos descriptivos del tipo y nivel de violencia con la prevalencia del consumo de alcohol según mes, año y vida.*

CONSUMO DE ALCOHOL	VIOLENCIA FÍSICA				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	p	VIOLENCIA SEXUAL				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	p	VIOLENCIA PSICOLÓGICA				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	p
	BAJO	MEDIO	ALTO	Total			BAJO	MEDIO	ALTO	Total			NADA FREC.	REGULAR	MUY FREC.	Total		
<b>PREVALENCIA DE MES</b>																		
Sí	7.4 %	59.3 %	33.3 %	100.0 %	1.32	0.517	11.1 %	44.4 %	44.4 %	100.0 %	0.332	0.847	33.3 %	59.3 %	7.4 %	100.0 %	7.42	0.024*
No	7.4 %	46.3 %	46.3 %	100.0 %			14.8 %	38.9 %	46.3 %	100.0 %			9.3 %	83.3 %	7.4 %	100.0 %		
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %			13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %			17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		
<b>PREVALENCIA DE AÑO</b>																		
Sí	7.1 %	52.4 %	40.5 %	100.0 %	0.109	0.947	14.3 %	38.1 %	47.6 %	100.0 %	0.254	0.881	21.4 %	71.4 %	7.1 %	100.0 %	1.05	0.592
No	7.7 %	48.7 %	43.6 %	100.0 %			12.8 %	43.6 %	43.6 %	100.0 %			12.8 %	79.5 %	7.7 %	100.0 %		
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %			13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %			17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		
<b>PREVALENCIA DE VIDA</b>																		
Sí	8.8 %	51.5 %	39.7 %	100.0 %	2	0.422	14.7 %	36.8 %	48.5 %	100.0 %	2.79	0.247	19.1 %	72.1 %	8.8 %	100.0 %	2.57	0.277
No	0.0 %	46.2 %	53.8 %	100.0 %			7.7 %	61.5 %	30.8 %	100.0 %			7.7 %	92.3 %	0.0 %	100.0 %		
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %			13.6 %	40.7 %	45.7 %	100.0 %			17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		

En esta tabla se observa que la violencia psicológica estaría asociada a la prevalencia de mes del consumo de alcohol ( $X^2=7.42$ ,  $p=0.024$ ), la prevalencia de año y vida del consumo de alcohol no estaría asociada a la violencia psicológica ( $p \geq 0.05$ ). La prevalencia de mes, año y vida del consumo de alcohol no estarían asociadas a la violencia física y sexual ( $p \geq 0.05$ ).

**Tabla 8**

*Estadísticos descriptivos del total de la muestra (casos-control) con la prevalencia de mes, año y vida del consumo de alcohol.*

<b>PREVALENCIA DE MES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>			
Pruebas de $\chi^2$	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
$\chi^2$	4.63	1	0.031*
N	162		
<b>PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>			
$\chi^2$	3.02	1	0.082
N	162		
<b>PREVALENCIA DE VIDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>			
$\chi^2$	0.997	1	0.318
N	162		

En esta tabla se puede observar que habría asociación ( $X^2=4.63, p=0.031$ ), del consumo de mes de alcohol de acuerdo a la cantidad total de casos y controles.

### 3.3.MULTIVARIADOS

**Tabla 9**

*Asociación del consumo de alcohol en el último mes con algún tipo de violencia contra la mujer controlando por las variables sociodemográficas y familiares.*

<b>Predictor</b>	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Razón de odds</b>
Constante	0.3556	1.357	0.262	0.793	1.427
<b>PREVALENCIA DE MES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>					
No – Si	1.027	0.426	2.4133	0.016*	2.793
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>					
Secundaria – Primaria	-0.1966	0.808	-0.2431	0.808	0.822
Técnico – Primaria	-0.1555	0.831	-0.187	0.852	0.856
Universitario – Primaria	-0.2862	0.944	-0.303	0.762	0.751
Postgrado – Primaria	-0.1452	1.259	-0.1153	0.908	0.865
<b>EDAD</b>					
30-39 – 60 a más	-0.5009	1.368	-0.366	0.714	0.606
50-59 – 60 a más	-0.6643	1.342	-0.4951	0.621	0.515
18-29 – 60 a más	-0.3862	1.387	-0.2785	0.781	0.68
40-49 – 60 a más	-0.435	1.446	-0.3009	0.763	0.647
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Casada – Soltera	-0.113	0.573	-0.1973	0.844	0.893
Divorciada – Soltera	-0.0345	0.882	-0.0391	0.969	0.966
Separada – Soltera	-0.0887	0.56	-0.1585	0.874	0.915
Conviviente – Soltera	-0.1453	0.564	-0.2576	0.797	0.865
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>					

Medio bajo – Bajo	-0.051	0.432	-0.118	0.906	0.95
Medio – Bajo	0.1225	0.463	0.2643	0.792	1.13
Medio alto – Bajo	-0.1539	1.649	-0.0933	0.926	0.857
<b>TIPO DE FAMILIA</b>					
Extendida – Nuclear	-1.1127	0.663	-1.677	0.094	0.329
Reconstituida – Nuclear	-0.7774	0.541	-1.4368	0.151	0.46
Monoparental – Nuclear	-0.5669	0.645	-0.8792	0.379	0.567
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>					
San Jerónimo – Wanchaq	-0.206	0.765	-0.2695	0.788	0.814
San Sebastián – Wanchaq	-0.2476	0.61	-0.4062	0.685	0.781
Saylla – Wanchaq	0.0284	0.991	0.0287	0.977	1.029
Santiago – Wanchaq	-0.1322	0.565	-0.2339	0.815	0.876
Poroy – Wanchaq	-0.694	1.44	-0.4819	0.63	0.5
Otros – Wanchaq	-0.2449	0.854	-0.2866	0.774	0.783

*Nota.* Los estimadores representan el log odds de Casos (algún tipo de violencia) vs. Controles (ningún tipo de violencia)

El análisis multivariado, muestra que el consumo de alcohol reciente incrementa la probabilidad (OR=2.793;  $p=0.016$ ) de sufrir algún tipo de violencia ajustando el modelo por las variables sociodemográficas y familiares.

**Tabla 10**

*Asociación del consumo de alcohol en el último mes con la violencia física, sexual y psicológica.*

Predictor	Estimador	EE	Z	p	Razón de odds
<b>VIOLENCIA FISICA</b>					
Constante	0.386	0.314	1.23	0.22	1.471
<b>PREVALENCIA DE MES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>					
No – Si	-0.722	0.365	-1.98	0.048*	0.486
<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>					
Constante	0.288	0.312	0.923	0.356	1.333
<b>PREVALENCIA DE MES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>					
No – Si	-0.763	0.364	-2.097	0.036*	0.466
<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA</b>					
Constante	-0.2877	0.312	-0.923	0.356	0.75
<b>PREVALENCIA DE MES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>					
No – Si	-0.0832	0.363	-0.229	0.819	0.92

*Nota.* Los estimadores representan el log odds de la Violencia moderada/severa =1 vs. Violencia física, sexual y psicológica leve junto al grupo control=0

En la tabla se observa que la violencia física ( $p=0.048$ ) y sexual ( $p=0.036$ ) se asocian al consumo reciente de alcohol.

**Tabla 11**

*Asociación del consumo de alcohol en el último mes con la violencia física contra la mujer controlando por las variables sociodemográficas y familiares.*

<b>VIOLENCIA FISICA</b>						
<b>Predictor</b>	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Razón de odds</b>	
Constante	-0.2738	1.361	-0.2012	0.841	0.76	
<b>PREVALENCIA DE MES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>						
No – Si	-1.0105	0.423	-2.3911	0.017*	0.364	
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>						
Secundaria – Primaria	0.129	0.812	0.1589	0.874	1.138	
Técnico – Primaria	0.0861	0.834	0.1033	0.918	1.09	
Universitario – Primaria	0.482	0.95	0.5072	0.612	1.619	
Postgrado – Primaria	0.2751	1.259	0.2185	0.827	1.317	
<b>EDAD</b>						
30-39 – 60 a mas	0.3955	1.374	0.2878	0.773	1.485	
50-59 – 60 a mas	0.673	1.346	0.4999	0.617	1.96	
18-29 – 60 a mas	0.1813	1.394	0.1301	0.896	1.199	
40-49 – 60 a mas	0.2787	1.452	0.192	0.848	1.321	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Casada – Soltera	0.2102	0.576	0.365	0.715	1.234	
Divorciada – Soltera	0.0542	0.884	0.0614	0.951	1.056	
Separada – Soltera	-0.0158	0.564	-0.0279	0.978	0.984	
Conviviente – Soltera	-0.0343	0.568	-0.0604	0.952	0.966	
<b>SITUACION ECONOMICA</b>						
Medio bajo – Bajo	-0.0537	0.435	-0.1235	0.902	0.948	
Medio – Bajo	-0.3311	0.467	-0.7095	0.478	0.718	
Medio alto – Bajo	0.1185	1.64	0.0722	0.942	1.126	
<b>TIPO DE FAMILIA</b>						
Extendida – Nuclear	1.0049	0.656	1.5319	0.126	2.732	
Reconstituida – Nuclear	0.6801	0.535	1.27	0.204	1.974	
Monoparental – Nuclear	0.6558	0.651	1.0079	0.314	1.927	
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>						
San Jerónimo – Wanchaq	0.4471	0.768	0.5817	0.561	1.564	
San Sebastián – Wanchaq	0.3718	0.612	0.6073	0.544	1.45	
Saylla – Wanchaq	0.1235	0.995	0.1241	0.901	1.131	
Santiago – Wanchaq	0.1173	0.57	0.2057	0.837	1.124	
Poroy – Wanchaq	-0.3741	1.446	-0.2588	0.796	0.688	
Otros – Wanchaq	0.3677	0.863	0.426	0.67	1.444	

*Nota.* Los estimadores representan el log odds de la Violencia moderada/severa =1 vs. Violencia física, sexual y psicológica leve junto al grupo control=0

El análisis multivariado, muestra que el consumo de alcohol reciente se asocia con la violencia física ( $p=0.017$ ) ajustando el modelo por las variables sociodemográficas y familiares.

**Tabla 12**

*Asociación del consumo de alcohol en el último mes con la violencia sexual contra la mujer controlando por las variables sociodemográficas y familiares.*

<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>						
<b>Predictor</b>	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Razón de odds</b>	
Constante	0.01956	1.368	0.0143	0.989	1.02	
<b>PREVALENCIA DE MES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>						
No – Si	-1.01311	0.427	-2.37105	0.018*	0.363	
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>						
Secundaria – Primaria	-0.00636	0.826	-0.0077	0.994	0.994	
Técnico – Primaria	0.08806	0.846	0.10412	0.917	1.092	
Universitario – Primaria	0.0176	0.973	0.01809	0.986	1.018	
Postgrado – Primaria	0.13937	1.267	0.10999	0.912	1.15	
<b>EDAD</b>						
30-39 – 60 a mas	0.29608	1.38	0.21449	0.83	1.345	
50-59 – 60 a mas	0.60605	1.354	0.44765	0.654	1.833	
18-29 – 60 a mas	-0.38395	1.409	-0.27259	0.785	0.681	
40-49 – 60 a mas	0.17479	1.459	0.11981	0.905	1.191	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Casada – Soltera	0.32004	0.59	0.54223	0.588	1.377	
Divorciada – Soltera	0.41933	0.901	0.46539	0.642	1.521	
Separada – Soltera	0.20706	0.577	0.3589	0.72	1.23	
Conviviente – Soltera	0.00173	0.601	0.00288	0.998	1.002	
<b>SITUACION ECONOMICA</b>						
Medio bajo – Bajo	-0.36661	0.443	-0.82753	0.408	0.693	
Medio – Bajo	-0.48472	0.477	-1.01515	0.31	0.616	
Medio alto – Bajo	0.7802	1.676	0.4654	0.642	2.182	
<b>TIPO DE FAMILIA</b>						
Extendida – Nuclear	1.15939	0.671	1.72798	0.084	3.188	
Reconstituida – Nuclear	0.57407	0.55	1.0441	0.296	1.775	
Monoparental – Nuclear	0.78564	0.655	1.20014	0.23	2.194	
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>						
San Jerónimo – Wanchaq	0.24318	0.787	0.30904	0.757	1.275	
San Sebastián – Wanchaq	0.06941	0.632	0.10985	0.913	1.072	
Saylla – Wanchaq	0.25694	1.003	0.25613	0.798	1.293	
Santiago – Wanchaq	0.062	0.585	0.10593	0.916	1.064	
Poroy – Wanchaq	0.98657	1.448	0.68148	0.496	2.682	
Otros – Wanchaq	0.57426	0.866	0.6628	0.507	1.776	

*Nota.* Los estimadores representan el log odds de la Violencia moderada/severa =1 vs. Violencia física, sexual y psicológica leve junto al grupo control=0

El análisis multivariado, muestra que el consumo de alcohol reciente se asocia con la violencia sexual ( $p=0.018$ ) ajustando el modelo por las variables sociodemográficas y familiares.

## DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación es determinar los factores sociodemográficos, familiares y de consumo de alcohol, asociados a la violencia en mujeres que acuden a una entidad judicial de Cusco. El diseño, el tamaño de la muestra, los instrumentos y la toma de datos fueron adecuados para el presente estudio, de modo que los procedimientos fueron meticulosamente realizados.

En relación al consumo de alcohol y la violencia, se puede apreciar que el consumo reciente de bebidas alcohólicas en mujeres incrementa la probabilidad a sufrir algún tipo de violencia. Este hallazgo refuerza a la conceptualización asociada a que, el consumo de drogas puede estar presente tanto antes como después de un hecho de agresión, y que tanto el agresor como la persona agredida pueden estar involucrados, es decir, la mujer que recibe la violencia, puede recurrir a consumir sustancias como una manera de escape del ambiente violento o “celebrar” al momento de castigar a su agresor, es así que la mujer consumidora en ocasiones podría también recibir maltratos, siendo un fenómeno bidireccional. Ello es acorde con los resultados, puesto que la mujer que está bajo los efectos del alcohol se encuentra en un estado de vulnerabilidad de ser agredida por parte de su pareja y con reducida capacidad de resguardarse a sí misma. Las mujeres que beben alcohol estilan tener como pareja a otro consumidor, por ello podrían tener vínculos destructivos, debido a las consecuencias que el consumo provoca en un tiempo prolongado, caracterizado por la irritabilidad, baja autoestima, agresividad, asertividad deficiente, impulsividad, depresión, ansiedad, aspectos que agravan la problemática de las mujeres maltratadas y consumidoras, adoptando conductas de sumisión las cuales son reforzadas para evitar agresiones, así mismo, la mujer consumidora podría minimizar la gravedad de la agresión. Cabe resaltar que, no se puede justificar la violencia, por más que la mujer se encuentre bajo el consumo de sustancias, por ello no se pueden minimizar

cualquier tipo de violencia por parte de la pareja (Chait et al., 2005; Deza et al., 2015; Faller, 1988; Forneiro, 2002; Kokkevi & Hartgers, 1995; Musayón y Caufield, 2007; OMS, 2013; Pozo, 2015; Ruiz et al., 2004; Tenorio & Marcos, 2000). Lo cual podría conllevar a la mujer a minimizar la situación y en ocasiones a culpabilizarse a sí misma por el hecho de maltrato, atribuyendo la violencia a su consumo. Empero, en lo que refieren los autores no detalla si el consumo de alcohol fue reciente, es decir en medidas de tiempo, el concepto de “reciente” significaría un maltrato inmediato, horas o días después, no especificado, lo cual podrían ayudar a determinar el tiempo en el que el hecho violento se habría suscitado, idea diferente a la presente investigación, en el cual detalla que el consumo reciente de bebidas es un factor de riesgo para que la mujer pueda sufrir violencia. Así mismo, en los resultados obtenidos se halló la probabilidad de sufrir violencia, refiriéndose a uno de los factores de riesgo de esta variable dentro de su gran complejidad, sin embargo, según lo indicado por los autores quienes detallan las variables de estudio dentro de un fenómeno bidireccional, dicho esto es importante indicar que, la presente investigación se centró en determinar específicamente el consumo de alcohol de la mujer con un posterior acto de violencia hacia ella, entendiendo la problemática particular de las variables y sus amplios estudios sobre los factores que determinan la probabilidad de sufrir alguna agresión.

Así pues, las mujeres que consumen de forma excesiva el alcohol tienen más propensión de ser maltratadas en el hogar, la temática de las adicciones y el maltrato se ha relacionado sobre la base de la posibilidad por parte de la misma mujer o sus pares cercanos de salvaguardarse de la persona agresora. El 86% de mujeres del grupo de casos de una investigación en Perú, refirieron que, con frecuencia sus parejas o esposos las agreden en el momento en el que ellas se encuentran bajo los efectos del alcohol, es decir, el consumo de alcohol en las reuniones son un factor social que incrementa el riesgo a sufrir violencia (Miller et al., 1989; Fabián et al., 2020). Se encontró

que la exposición a un número cada vez mayor de tipos de abuso y otros eventos traumáticos se encuentran asociados al abuso del alcohol, aspecto similar en la utilización de variables de tipos de abuso y abuso de alcohol en mujeres, por otro lado, en la presente investigación se considera el incremento de la probabilidad a sufrir algún tipo de violencia en mujeres que consumieron recientemente bebidas alcohólicas, en cambio, los autores consideran la asociación de ambas variables, además que adicionan la variable de eventos traumáticos, lo cual difiere de la investigación realizada. Las mujeres que están bajo los efectos del alcohol pueden estar más propensas no solo a sufrir maltratos, sino también a la exposición de eventos traumáticos diferentes, lo cual muestra la fragilidad emocional y física que tendría la mujer que consume sustancias, por ello, una de las posibles causas de este vínculo, podrían ser el ciclo menstrual y las hormonas, las mismas que pueden dar como resultado mayor sensibilidad en las mujeres a comparación de los hombres ante los efectos de algunas sustancias, además de otras causas debido a la complejidad de dichas variables. Puede agregarse que, la mujer puede llegar a normalizar el maltrato crónico lo cual conlleva al deterioro mental y como consecuencia la aparición de trastornos o cuadros clínicos, observando relaciones dependientes por el consumo, conllevando a disculpar el maltrato de pareja (Chait et al., 2005; National Institute on Drug Abuse, 2022; Nguyen et al., 2023). Lo referido por los autores es similar a los resultados obtenidos en relación al consumo de alcohol y a la probabilidad de sufrir algún tipo de violencia, haciendo referencia al maltrato de la mujer consumidora dentro del hogar, detallando un ambiente físico específico, aspecto diferente a la investigación, debido a este punto está la posibilidad que la violencia de pareja o ex pareja en la mujer consumidora se podría dar en distintos espacios, sea en un área laboral, en espacios abiertos, universidades, fiestas, eventos, entre otros; es por esta razón que el presente estudio tiene esta variable de “lugar de consumo” en un ámbito general. Puede agregarse

que, se considera el consumo de alcohol como un factor social. Para entender de mejor forma este punto, se hace referencia a que las mujeres que consumen alcohol, tienden a recibir agresiones debido a que la mujer se encuentra en una situación de vulnerabilidad bajo los efectos del alcohol, puesto que la persona es propensa a tener lagunas mentales, poco discernimiento para tomar decisiones que salvaguarden su integridad en lugares riesgosos o situaciones peligrosas, lo cual aumentaría la probabilidad de sufrir violencia de cualquier tipo por parte de la pareja o ex pareja.

Con respecto al consumo de alcohol reciente y el tipo de violencia, se puede apreciar en el análisis estadístico donde se realiza la dicotomización de las siguientes variables, considerando como “1” a la violencia física, sexual y psicológica de nivel medio y alto y como “0” a la violencia física, sexual y psicológica de nivel bajo junto a los controles, esto se realizó debido a que el nivel bajo de la violencia es similar a los controles, es decir son mujeres que sufrieron violencia por una única vez o percibieron violencia de acuerdo a sus creencias. Realizando la regresión logística se encontró un claro gradiente del incremento de la violencia física ( $p=0.017$ ) y sexual ( $p=0.018$ ) debido al consumo reciente de alcohol. La frecuencia y el consumo de bebidas alcohólicas en la mujer presenta una asociación significativa y positiva con la violencia física y sexual (Champion et al., 2022; Conley et al., 2017; Csoboth et al., 2003; Devries et al., 2014; Fiestas et al., 2012; Salokangas et al., 2018). La teoría indicada es similar a lo que se obtuvo en la presente investigación, muchas mujeres que consumen sustancias psicoactivas han sido maltratadas física, sexual o psicológicamente. Existe una estigmatización dirigida a las mujeres que presentan conductas adictivas o de consumo y este estigma es diferente a la de los hombres, presentando una percepción diferente sobre el tema por género, siendo más mujeres que presentan mayor abuso sexual y físico de sus cuerpos, al mismo tiempo esto puede generar en ellas una mayor reducción

de la autoestima, a diferencia de los varones, se puede manifestar como debilidad emocional y física, este estigma produce un sentimiento de vergüenza en la mujer y por ello pueden ocultar su consumo, las mujeres consumidoras sufren discriminación porque se las categoriza como dependientes de sustancias siendo esto un estigma, y adicionalmente a la condición de mujer, al considerarlas como malas madres, malas hijas o malas mujeres. Por otro lado, es necesario recalcar que, si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento a razón de que se encuentra bajo los efectos del alcohol también se puede catalogar como violencia sexual, donde podría existir un aprovechamiento de parte del agresor. Se afirma que el estereotipo de agresión sexual tiene que ver con la fuerza física por parte del agresor, sin embargo existen estrategias más comunes que son la coerción verbal o el deterioro de la víctima a causa del alcohol u otras sustancias ilegales, por consiguiente el uso de alcohol o drogas para incapacitar a la víctima estaría positivamente asociado al consumo de alcohol y actitudes sexuales, se considera que aproximadamente un tercio de violencia que sufren las mujeres es de agresión sexual, lo cual también incluye comentarios inapropiados dirigidos a ellas o contacto físico sin previo consentimiento. Por otro lado, las mujeres que sufrieron violencia en bares son las que consumieron mayor cantidad de alcohol, por consiguiente, tenían más probabilidad a tener conductas de ira (Chavarría, 2001; DeGue & DiLillo, 2004; Fuentes-Pumarola et al., 2021; García & Mira, 2014; Kosson et al., 1997; Lozano & Campos, 2007; Leonard, 2003; OMS & OPS, 2013; Parks, 2000; Tyler et al., 1998).

Se puede observar del análisis bivariado, que la violencia sexual está asociada a la edad de las usuarias ( $X^2=23.9$ ,  $p=0.002$ ), mientras que, no se observa asociación con las otras variables sociodemográficas y familiares. Por otro lado, varios estudios destacan que ser menor de 34 años está en relación al riesgo de sufrir violencia de pareja, así como también, a nivel mundial el 27% de las mujeres de 15 y 49 años sufrieron violencia física y sexual por parte de su pareja, al mismo

tiempo se sostiene que, la cantidad de mujeres que fueron agredidas se reduce mientras la edad de la víctima se incrementa (Chan et al., 2009; Hedin, 2000; Naved et al., 2006; OMS, 2024; Timmons & O'Leary, 2004). Estos resultados expresan una similitud a la asociación entre la edad y la violencia hallada, incluso, los autores detallan el rango de edad en relación a la violencia, variable no precisada en el presente estudio o también indican la probabilidad de reducción de violencia mientras la mujer tenga mayor edad, esto en vista de que los agresores buscarían víctimas de menor edad que puedan ser más fáciles de manipular o controlar.

Según Kaya & Cook (2010), quienes mencionan que, otro de los factores que aumenta la probabilidad de sufrir violencia es la disposición a fortalecer el empoderamiento, esto comprende el nivel educativo. Este resultado contradice a lo que se obtuvo, ya que no se observa asociación entre el nivel educativo y la violencia física, sexual y psicológica.

Adicionalmente, en la presente, no se halló asociación entre el estado civil con la violencia física, sexual y psicológica, lo encontrado es distinto a la siguiente mención, que indica que las mujeres que son casadas tienen mayor riesgo a sufrir agresión de parte de sus parejas (Chan et al., 2009; Vives-Cases et al., 2009), además, algunas investigaciones plantean que las mujeres separadas y solteras son las que tienen mayor probabilidad de ser maltratadas (Vives-Cases et al., 2009) lo cual difiere con los resultados de la presente investigación. Por el contrario, Chen y White (2004) afirman que la situación conyugal y la duración de la relación no tienen efectos en la violencia, lo indicado es convergente con la inexistente asociación entre ambas variables según lo encontrado en este estudio. Teniendo en consideración lo último, el estado civil puede estar asociado o no a la violencia en diferentes contextos o situaciones, aunque este no es un factor determinante por sí mismo, debido a la complejidad de la violencia misma, siendo esta de condición multicausal (OMS & OPS, 2002).

Desde el punto de vista de Andersson et al. (2009) quienes sostienen que la violencia se relaciona con la pobreza, de igual modo con el nivel de instrucción y el reducido nivel económico. Considerando ello, el resultado no coincide con lo que se halló, debido a que en el presente estudio no se observa la asociación entre el nivel de instrucción y nivel socioeconómico con la violencia. Comprendiendo que el ser humano es multidimensional debido a ello para comprender la violencia se revisa el área individual, relacional, comunitario y social.

Así mismo, Faría y Paz (2010) encontraron que el 55.7 % de mujeres que realizaron consultas por violencia en la defensoría de la mujer, tendrían una familia nuclear, observando una cantidad elevada de esta tipología, mas no especifican si existe o no una asociación entre ambas variables. Así pues, en la presente investigación no se halló una asociación entre el tipo de familia y la violencia. Esto explicaría, por una parte, la importancia de evaluar los múltiples factores dentro de una familia, considerando que para que exista violencia esta no podría ser atribuida a un solo factor, ya que es el resultado de una interacción entre diversos elementos a nivel individual, familiar, social, cultural y ambiental, por ello es importante considerar ello al analizar y abordar la violencia en nuestras sociedades (OMS & OPS, 2002).

En relación con el nivel de consumo de alcohol, se observa que la violencia psicológica estaría asociada al nivel de riesgo del AUDIT ( $X^2=13, p=0.042$ ). La asociación encontrada entre estas variables se podría deber a que las mujeres que consumen sustancias son etiquetadas y sufren de discriminación. En tales situaciones, es común observar un maltrato psicológico, el mismo que resulta difícil de evaluar y abordar. Esto se debe a que, aunque la mujer pueda haber desarrollado su consumo como una manera de hacer frente al dolor causado por un maltrato anterior, ese mismo consumo problemático “justifica” a la pareja para que este intensifique sus comportamientos abusivos, como insultos, controles excesivos y desvalorización, entre otros, con el pretexto que

deje de consumir. Dentro del análisis de inicio de consumo en algunos casos suele tener relación con la pareja adicta, por otro lado, las mujeres que consumen sustancias, vivieron abuso psicológico, en algunos casos fueron chantajeadas por su pareja presentando una relación disfuncional, la mujer presenta mayor arrepentimiento, lo cual genera decepción a comparación de los varones y por ende la sociedad la estigmatiza con mayor frecuencia (Chait et al., 2005; Stanton & Todd, 2018). Así mismo, el nivel de riesgo del Audit no estaría asociada a la violencia física y sexual ( $p \geq 0.05$ ). Esto último concuerda relativamente con lo indicado por Crespo et al. (2017) quien encontró que no se mostraron diferencias significativas entre las mujeres que sufrieron violencia y el consumo de riesgo o el nulo consumo de riesgo, observando también que en lo indicado por los autores no detallan el tipo de violencia sufrida por la mujer, por el contrario, en la presente investigación se considera la violencia física, psicológica y sexual.

Por otro lado, el grupo de casos presenta un 33.3% en la prevalencia de mes del consumo de alcohol en mujeres, seguidamente de un 51.9 % en la prevalencia de año y un 84.0 % en la prevalencia de vida, mientras que el grupo control presenta una prevalencia de mes del consumo de alcohol de un 18.5 %, seguida de una prevalencia de año del 38.3 % y una prevalencia de vida de un 77.8 %. Comparando con los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020) en la ciudad de Cusco, las mujeres mayores de 15 años que consumieron alcohol alguna vez en su vida son el 87,1%, las personas mayores de 15 años que consumieron bebidas alcohólicas en algún momento durante los últimos 12 meses son el 63,8%, estos datos serían similares a lo encontrado en el estudio, sin embargo, en la prevalencia de año de la información no específica el género en este último dato. Se observa que la prevalencia de vida en el grupo de casos y controles es de 84.0 % y 77.8 % respectivamente, al observar los porcentajes, se entiende a este fenómeno como una problemática, observando que las participantes que consumen bebidas alcohólicas estarían

propensas a desarrollar problemas de salud, de conducta o efectos negativos en el embarazo (Brooks & Zakhari, 2013; Les Dees et al., 2001; Erol & Karpyak, 2015; Gill, 2000; Scoccianti et al., 2014; Seitz et al., 2012; Singletary & Gapstur, 2001; Wilsnack et al., 2013; Zelner & Koren, 2013).

Además, se observa que del total de mujeres que sufren violencia física, el 7.4 %, presenta un nivel bajo, el 50.6 % un nivel medio y el 42.0 %, un nivel alto, así como también se puede apreciar que del total de mujeres que sufren violencia sexual, el 13.6 % presenta un nivel bajo, el 40.7 % un nivel medio y el 45.7 % un nivel alto, mientras que del total de mujeres que sufren violencia psicológica el 17.3 % se encuentra en la categoría nada frecuente, el 75.3 % en la categoría regular siendo este el de mayor porcentaje y el 7.4 % en la categoría muy frecuente. El alto porcentaje de la violencia psicológica de nivel regular es similar a los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2021) donde postula que las mujeres que sufrieron maltratos físicos fueron el 26,7%, las que padecieron violencia psicológica fue el 50,8% y finalmente el 5,9% refieren haber sufrido violencia sexual. De forma similar, Crespo et al. (2017) encontraron que aproximadamente el 84,0% sufrió agresiones físicas y el 66,0% sufrió abuso sexual; todas indicaron que sufrieron maltrato psicológico en un 100,0%. Por lo tanto, se observa que la violencia psicológica es la que presenta mayores porcentajes, este resultado coincide con lo que se encontró en la investigación dado que la violencia psicológica tiene mayor prevalencia. Esto podría ser debido a las normas culturales y sociales, que pueden contribuir a la normalización de comportamientos violentos, donde las relaciones de poder utilizadas pueden ser comunes, además de la falta de educación sobre la salud mental y la violencia, lo cual contribuye a no ver la problemática real del maltrato psicológico.

Por otra parte, se identificaron las siguientes limitaciones propias del estudio, la primera de ellas es el uso del tipo de muestreo y la población de investigación, la cual limita a que los resultados obtenidos sean generalizados, además que las mujeres con las que se trabajaron tienen características específicas. La segunda limitación fue la percepción de las mujeres víctimas de violencia del grupo de “casos”, debido a que su percepción personal pudo influir en su deseabilidad y su apertura genuina en sus respuestas, hay la posibilidad que hayan deseado plasmar respuestas que sean valoradas como aceptables para la sociedad y para el proceso legal que tienen, debido a que en algunas personas podría ser inevitable relacionar y suponer que sus resultados puedan ser expuestos en los procesos judiciales que tienen en dicha entidad judicial, a pesar que se les explicó la rigurosidad del anonimato y la confidencialidad. Además que, al realizar la investigación con respecto al consumo de alcohol en mujeres, el estigma social es un factor importante debido a que puede influir en reportes bajos de consumo, en vista de que las participantes pueden percibir que el consumo de bebidas está mal visto en la sociedad y tienden a ocultar o minimizarlo, además de la auto estigmatización, lo cual implicar su internalización y por ello experimentan sentimientos de vergüenza o culpa, influyendo en su disposición a participar o a proporcionar respuestas honestas acerca de su comportamiento. Con respecto a la tercera limitación metodológica, de acuerdo al diseño elegido existen limitaciones en cuestión a la profundidad de los hallazgos, debido a que, al ser una investigación cuantitativa no se habría podido capturar matices importantes del estudio. La cuarta limitación se encuentra en relación a los antecedentes de estudio, las investigaciones anteriores no incluyen investigaciones recientes debido a restricciones de acceso a bases de datos académicas o publicaciones especializadas en relación a las variables de estudio, observando escasas investigaciones disponibles.

Empero, la investigación cumplió con el fin de ampliar la información y brindar mayor conocimiento sobre la problemática de las variables de estudio en mujeres víctimas de violencia, es decir, los resultados agregan un valor importante a futuras investigaciones que se realicen en la ciudad del Cusco, si bien es cierto el consumo de alcohol es una variable ampliamente estudiada, sin embargo, los antecedentes nacionales e internacionales que incluyen todas las variables de estudio son limitadas, es por ello que la investigación realiza un importante aporte teórico. Dicho de otro modo, los resultados contribuyen a una primera aproximación de estudio entre las variables pretendiendo motivar a los investigadores a continuar estudios similares. Además de brindar datos relevantes, que son de poco conocimiento en relación al consumo de alcohol en mujeres víctimas de violencia, el análisis crítico al comparar los hallazgos permitirá aportar nuevas perspectivas. El uso de diversidad de fuentes como son los artículos académicos, libros, revistas permite ver el tema en una versión más amplia y multifacética, además de contribuir a un debate académico con los resultados que son similares o contradicen la teoría, animando a los investigadores a reflexionar y profundizar el tema

## CONCLUSIONES

Sobre la base del marco teórico y después de analizar los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Como primer objetivo se deseaba determinar los factores sociodemográficos, familiares y de consumo de alcohol asociados a la violencia en mujeres que acuden a una entidad judicial de la provincia del Cusco, con respecto a ello se encontró que el consumo reciente de bebidas alcohólicas en mujeres incrementa la probabilidad a sufrir algún tipo de violencia (OR=2.793;  $p=0.016$ ), por tanto, las mujeres que consumen alcohol de manera reciente podrían ser agredidas por su pareja o ex pareja, además de encontrar un claro gradiente del incremento de la violencia física y sexual debido al consumo reciente de alcohol. Lo que explicaría la vulnerabilidad de la mujer en estado de ebriedad, presentando una reducida capacidad de resguardarse a sí misma, al mismo tiempo podría minimizar la gravedad de la agresión, llegando a normalizar el maltrato, produciéndole un deterioro mental o trastornos clínicos.

En el segundo y tercer objetivo se deseaba analizar en qué medida la procedencia, el nivel socioeconómico y la tipología familiar están asociados al consumo de alcohol en mujeres víctimas de violencia de pareja, por lo que se encontró que el lugar de procedencia, nivel socioeconómico y la tipología familiar no estarían asociados al consumo de alcohol en mujeres maltratadas. Por lo cual se comprende la amplitud de la violencia y el consumo de alcohol, considerando a los factores sociodemográficos y familiares como factores no determinantes, debido a la complejidad y multicausalidad de las variables principales de estudio.

Con respecto al cuarto objetivo donde se quiso analizar en qué medida el consumo abusivo de alcohol de la mujer está asociado a la violencia en mujeres que acuden a una entidad judicial de la provincia del Cusco, se halló que, según el nivel de consumo de alcohol, la violencia psicológica estaría asociada a un nivel de riesgo del AUDIT ( $X^2=13, p=0.042$ ). Comprendiendo así, que la mujer que consume “justifica” los insultos, controles excesivos y desvalorización de parte de su pareja.

En relación al quinto objetivo donde se quiso comparar las tasas de consumo de alcohol en el grupo que sufrió violencia y en mujeres del grupo control, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas de prevalencia de consumo de alcohol de mes, año y vida en los grupos de casos y controles. Lo cual refuerza que el consumo de alcohol en mujeres que sufren violencia es significativo en comparación con las que no son maltratadas.

Finalmente, en cuanto al sexto objetivo donde se quiso determinar el porcentaje de mujeres que son víctimas de violencia física, psicológica y sexual, en el cual se halló que la mayoría de mujeres del grupo de casos, sufrió violencia física y psicológica de nivel medio o regular, y violencia sexual de nivel alto.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar mayores estudios sobre el consumo de alcohol en la población femenina víctima de violencia, buscando la asociación con otras variables, como el estrés postraumático o el estigma hacia las mujeres, con la finalidad de aumentar sustento teórico actualizado con respecto a diferentes estudios en relación a la violencia de género.

Desarrollar estudios en la población femenina adolescente investigando la relación del consumo de alcohol, la violencia, factores sociodemográficos y familiares, esto debido a los escasos antecedentes disponibles en el departamento del Cusco, con el propósito de estudiar la prevalencia actualizada de dichas variables y proporcionar datos que ayuden a diseñar programas de prevención dirigidos a adolescentes, padres de familia y educadores, fomentando un ambiente seguro y saludable.

Desarrollar investigaciones sobre el consumo de alcohol y otras sustancias en mujeres víctimas de violencia en el área rural, con el fin de comprender e investigar las propias dinámicas sociales y culturales de diferentes contextos, lo cual permitirá entender mejor las particularidades y adaptar intervenciones de acuerdo a la necesidad rural.

Realizar estudios similares con una muestra representativa de la población general, lo cual permitirá una generalización de resultados, con la intención de que dichos hallazgos puedan influir en la formulación de políticas públicas que aborden el consumo de alcohol y violencia de género, promoviendo de esta manera un enfoque integral y basado en evidencia.

Profundizar estudios con mayores factores familiares como el tipo de comunicación familiar, cohesión de sus miembros o afectividad familiar, asociados al consumo de alcohol en mujeres víctimas de violencia, con el fin de llenar vacíos en la literatura existente, proporcionando información valiosa sobre dichas variables en conjunto, siendo de utilidad para investigadores, profesionales de la salud y responsables de políticas.



**REFERENCIAS**

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Ajzen, I. (2014). The theory of planned behavior is alive and well, and not ready to retire: A commentary on Sniehotta, Pesseau, and Araújo-Soares. *Health Psychology Review*, 9(2), 131-137. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.883474>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey (Pbk. ed). Prentice-Hall.
- Alvarado-Zaldívar, G., Salvador Moysén, J., Estrada-Martínez, S., & Terrones-González, A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud pública de México*, 40, 481-486. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n6/481-486/es>
- Ambroz-Mora, M. I., Zonana-Nacach, A. A., & Anzaldo-Campos, M. C. (2015). Factores asociados a violencia doméstica en mujeres mexicanas vistas en primer nivel atención. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 41(5), 241-246. <https://doi.org/10.1016/j.semern.2014.07.004>
- Andersson, N., Cockcroft, A., Ansari, N., Omer, K., Chaudhry, U. U., Khan, A., & Pearson, L. (2009). Collecting Reliable Information About Violence Against Women Safely in Household Interviews: Experience From a Large-Scale National Survey in South Asia. *Violence Against Women*, 15(4), 482-496. <https://doi.org/10.1177/1077801208331063>

- Aramburú, S. (2020). *Violencia contra la mujer y dependencia emocional en el centro poblado de Sacsamarca Tarma Perú* [Tesis de pregrado, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. Repositorio Institucional Digital UCSS. <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/812>
- Argimón, J.M., y Jiménez, J. (2013). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. (4.<sup>a</sup> ed.). Foletra S.A. [https://postgrado.medicina.usac.edu.gt/sites/default/files/documentos/investigacion\\_clinica\\_y\\_epidemiologica\\_1.pdf](https://postgrado.medicina.usac.edu.gt/sites/default/files/documentos/investigacion_clinica_y_epidemiologica_1.pdf)
- Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A metaanalytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J.B., y Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. Pautas para su utilización en atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Generalitat Valenciana. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)
- Bandura, A., & Walters, R. (1963). Social learning and personality development. *Nueva York; Rinehart and Winston*, 1963. 329 p.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1, pp. 141-154). Englewood Cliffs, NJ: Prentice hall.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., De la cuesta, S., López, M.C., Rodríguez, M., Sánchez, Zulaica, B. (2005). *Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Documento Técnico, (1).
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- <https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-conselheiros/ebook/medias/pdf/bases-cientificas-de-la%20prevencion-BECONA.pdf>
- Berbel, E. (2004). *Trátame bien: el maltrato físico y psicológico a examen: hablan ellas, 18 testimonios de una superación*. Alba editorial.
- Berjano, E., y Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Nau Llibres. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=187866>
- Blanco, P., Palacios, L., y Sirvent, C. (2001). I Simposium Nacional sobre adicción en la mujer: Madrid 6 y 7 de octubre de 2000. *Madrid: Instituto de la Mujer*. <https://fispiral.com.es/publicaciones/2002/03/i-symposium-sobre-adiccion-en-la-mujer/>
- Bloomfield, K., Gmel, G., & Wilsnack, S. (2006). Introduction to special issue 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire). Supplement, 41(1)*, 3–7. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl070>
- Bonino, L. (1999). Las microviolencias y sus efectos. Claves para su detección. *Rev. argent. clín. psicol*, 221-233.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano* (Vol. 21). Barcelona: paidós.
- Brooks, P. J., & Zakhari, S. (2013). Moderate alcohol consumption and breast cancer in women: from epidemiology to mechanisms and interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 37(1)*, 23-30. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01888.x>
- Brown, S. A. (1993). Drug effect expectancies and addictive behavior change. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 1(1-4)*, 55–67. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.1.1-4.55>
- Brown, S. A., Goldman, M. S., & Christiansen, B. A. (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults?. *Journal of consulting and clinical psychology, 53(4)*, 512–519. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.53.4.512>

- Caldentey, C., Tirado-Muñoz, J., Ferrer, T., Fonseca, F., Rossi, P., Mestre-Pintó, J.I., y Torrens, M. (2017). Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: cribado y prevalencia. *Adicciones*, 29 (3), 172-179. <http://doi.org/10.20882/adicciones.738>
- Carovano, K. (1995). A summary of substance-abuse patterns among women in Latin America and the Caribbean. *Drugs lessons & education programs in developing countries*. New Brunswick: Transaction Publishers, 141-51. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Carvajal, D., Méndez, H., y Torres, M. (2016). *Análisis de la confiabilidad y de algunos parámetros psicométricos de un test realizado en el colegio Vista bella de la ciudad de Bogotá* [Tesis de pregrado, Fundación universitaria Los Libertadores]. Repositorio Institucional FULL. <https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/620/Carvajal%20C3%81%20zateDiegoEliezer.pdf>.
- Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. *Descripción y explicación de la situación de salud. Bol epidemiol OPS*, 10, 1-7. <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/castellanos.pdf>
- Celentano, D. D., Mhs, S., & Szklo, M. (2019). *Gordis. Epidemiología* (6.<sup>a</sup> ed). Elsevier.
- Chait, L., y Calvo, B. Z. (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos adictivos*, 7(2), 104-113. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74515-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74515-3)
- Champion, A., Oswald, F., & Pedersen, C. L. (2022). Forcible, substance-facilitated, and incapacitated sexual assault among university women: A Canadian sample. *Journal of*

- interpersonal violence*, 37(13-14), NP11198-NP11222.  
<https://doi.org/10.1177/0886260521991297>
- Chan, K. L., Tiwari, A., Fong, D. Y., Leung, W. C., Brownridge, D. A., & Ho, P. C. (2009). Correlates of in-law conflict and intimate partner violence against Chinese pregnant women in Hong Kong. *Journal of interpersonal violence*, 24(1), 97-110.  
<https://doi.org/10.1177/0886260508315780>
- Chavarría, M. (2001). Uso de drogas detona la violencia intrafamiliar. *Comunicación e información de la mujer*.
- Chávez, G., Cruz, H. S., y Grimaldo Muchotrigo, M. P. (2014). El consentimiento informado en las publicaciones latinoamericanas de psicología. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 345-359. <https://doi.org/10.12804/apl32.2.2014.12>.
- Chen, P. H., & White, H. R. (2004). Gender differences in adolescent and young adult predictors of later intimate partner violence: A prospective study. *Violence against women*, 10(11), 1283-1301. <https://doi.org/10.1177/1077801204269000>
- Chung, C., Lin, I., Huang, Y., Sun, C., & Chien, W. (2023). The association between abused adults and substance abuse in Taiwan, 2000–2015. *BMC Psychiatry*, 23(1), 123.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04608-z>
- CICAD. (2011). Protocolo de la encuesta sobre drogas en hogares. Instrumentos para la realización de los Estudios Nacionales de Drogas en Población General (pp. 1-80). Sistema Interamericano de Datos Uniformes.
- Collins, S. E., & Carey, K. B. (2007). The theory of planned behavior as a model of heavy episodic drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 498.  
<https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.4.498>

- Conley, A. H., Overstreet, C. M., Hawn, S. E., Kendler, K. S., Dick, D. M., & Amstadter, A. B. (2017). Prevalence and predictors of sexual assault among a college sample. *Journal of American college health, 65*(1), 41-49. <https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1235578>
- Congreso de la República de Perú. (2015, 23 de noviembre). *Ley 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Diario Oficial El Peruano. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3349706/Ley%20N%C2%BA%2030364.pdf?v=1656956841>
- Consejo ejecutivo del Poder Judicial. (2016). *Protocolo de actuación para la comunicación entre los jueces de familia y los Equipos multidisciplinarios*.
- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. P. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health psychology review, 10*(2), 148-167. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.947547>
- Crespo, M., Soberón, C., Fernández-Lansac, V., & Gómez-Gutiérrez, M. M. (2017). Alcohol and psychotropic substance use in female Spanish victims of intimate partner violence. *Psicothema, 29*(2), 191–196. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.212>
- Csoboth, C. T., Birkás, E., & Purebl, G. (2003). Physical and sexual abuse: Risk factors for substance use among young Hungarian women. *Behavioral Medicine, 28*(4), 165-171. <https://doi.org/10.1080/08964280309596055>
- Cyrus, E., Sanchez, J., Madhivanan, P., Lama, J. R., Bazo, A. C., Valencia, J., ... & Atice, F. L. (2021). Prevalence of intimate partner violence, substance use disorders and depression among incarcerated Women in Lima, Perú. *International journal of environmental research and public health, 18*(21), 11134. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111134>

- DeGue, S., & DiLillo, D. (2004). Understanding perpetrators of nonphysical sexual coercion: Characteristics of those who cross the line. *Faculty Publications, Department of Psychology*, 126. <https://digitalcommons.unl.edu/psychfacpub/126>
- Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., ... & Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379-391. <https://doi.org/10.1111/add.12393>
- Deza, S., Vizcardo, S., Guillen, F., Chamorro, R., Alarcon, R., Aiquipa, E., Anicama, J., Vallejos, J. y Jaramillo, F. (2015). *Manual auto instructivo de intervención de casos de violencia familiar y consumo de alcohol y otras drogas, MIMP-DEVIDA*.
- Dirección de tecnología de la información y comunicaciones de la PNP. (2023). *Boletín estadístico policial I trimestre 2023*. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/boletin-2023/Boletin%20I%20Trimestre%202023.pdf>
- Dulcey, I. (2015). *Determinantes socioeconómicos de la violencia contra la mujer dentro de la pareja, Un análisis del caso colombiano*. Universidad Industrial de Santander, Colombia. 1(1), 1-65. <http://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/wp-content/uploads/dulcey.pdf>
- Dutton, D. G., & Painter, S. L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*, 6(1-4), 139-155. [https://www.researchgate.net/publication/284119047\\_Traumatic\\_bonding\\_The\\_development\\_of\\_emotional\\_attachments\\_in\\_battered\\_women\\_and\\_other\\_relationships\\_of\\_intermittent\\_abuse](https://www.researchgate.net/publication/284119047_Traumatic_bonding_The_development_of_emotional_attachments_in_battered_women_and_other_relationships_of_intermittent_abuse)
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar: Madrid. Siglo XXI de España Editores*.

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (2021). *Violencia contra las mujeres, niñas y niños*.  
[https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1838/](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/)
- Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and alcohol dependence, 156*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- Expósito, F., Herrera, M. C., Moya, M., & Glick, P. (2010). Don't rock the boat: Women's benevolent sexism predicts fears of marital violence. *Psychology of women quarterly, 34*(1), 36-42. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01539.x>
- Fabián Arias, E., Vilcas Baldeon, L. M., & Alberto Bueno, Y. L. (2020). Factores de riesgo que influyen en la violencia contra la mujer de parte del cónyuge en la sierra central del Perú. *Revista espacios, 798*, 1015.  
<https://www.revistaespacios.com/a20v41n22/a20v41n22p17.pdf>
- Faller, K. C. (1988). *Child sexual abuse: An interdisciplinary manual for diagnosis, case management, and treatment*. Columbia University Press.
- Faría, C. L., & Paz, C. (2011). Funcionamiento de familias que consultan por violencia familiar. In *Anales de la Universidad Metropolitana* (Vol. 11, No. 1, pp. 15-29). Universidad Metropolitana. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3653341>
- Fiestas, F., Rojas, R., Gushiken, A., y Gozzer, E. (2012). ¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas?: estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública, 29*, 44-52.  
<https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2012.v29n1/44-52/es>
- Forneiro, J. C. (Ed.). (2002). *Medicina legal en drogodependencias*. Elsevier España.

- Fuentes-Pumarola, C., Reyes-Amargant, Z., Berenguer-Simon, A., Ballester-Ferrando, D., BurjalésMartí, M. D., Rigol-Cuadra, A., Maestre-González, E., Rascón-Hernán, C., GalbanyEstragués, P. y Rodríguez-Martín, D. (2021). Alcohol use and sexual violence among nursing students in Catalonia, Spain: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6036. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116036>
- Funkhouser, J. E., & Amatetti, S. L. (1987). Part two: Alcohol and drug abuse prevention; from knowledge to action. *Task Force on Alcohol and Drug Abuse Public Hearing, Lexington, KY.*
- Galtung, J. (2003). “Violencia, Paz e Investigación sobre la Paz”. Sobre la Paz. México DF.: Fontamara.
- García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer. *Género y equidad en la salud*, 6. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/811/9789275327166.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The lancet*, 368(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-)
- García, P. O., y Mira, E. C. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta sociológica*, 64, 121-144. [https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70485-2](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70485-2)

- General, U. S. (2016). Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health. *US Department of Health and Human Services under the general direction of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration.*
- Gill, J. A. N. (2000). The effects of moderate alcohol consumption on female hormone levels and reproductive function. *Alcohol and alcoholism*, 35(5), 417-423.  
<https://doi.org/10.1093/alcalc/35.5.417>
- González, J., (2003). *Las drogas en el marco de la ley de prevención de riesgos laborales.*
- Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research & Health*, 29(1), 55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6470905/>
- Hedin, L. W. (2000). Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89(1), 41-45.  
[https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(99\)00164-5](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(99)00164-5)
- Hernández - Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* McGraw Hill México.
- Hiroto, D.S., & Seligman, M. (1975). Generality of learned helplessness in man. Journal of personality and social psychology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 311-327. <https://doi.org/10.1037/h0076270>
- Instituto de la Mujer. (2002). *I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer.* <https://fispiral.com.es/publicaciones/wp-content/uploads/2023/03/I-symposium-sobre-adiccion-en-la-mu.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2013.*  
[https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/)

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Enfermedades no transmisibles y transmisibles-Cusco*.

[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales\\_en/Endes08/pdf/Cusco.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales_en/Endes08/pdf/Cusco.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022, 25 de noviembre). *54,9% de mujeres de 15 a 49 años de edad fue víctima de violencia familiar alguna vez en su vida por parte del esposo o compañero* [Comunicado de prensa].

<https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-187-2022-inei.pdf>

Ivis, F. J., Adlaf, E. M., & Rehm, J. (2000). Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug and alcohol dependence*, 60(1), 97–104. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(99\)00145-3](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00145-3)

Jara, P., y Romero, A. (2010). Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG). *Fórum de recerca*, 15, 273-282.

Johnson, E. M., Amatetti, S., Funkhouser, J. E., & Johnson, S. (1988). Theories and models supporting prevention approaches to alcohol problems among youth. *Public health reports* (Washington, D.C. : 1974), 103(6), 578–586. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1478154/>

Johnston, K. L., & White, K. M. (2003). Binge-drinking: A test of the role of group norms in the theory of planned behaviour [El consumo excesivo de alcohol: una prueba del papel de las normas de grupo en la teoría del comportamiento planificado]. *Psychology and health*, 18(1), 63-77. <https://doi.org/10.1080/0887044021000037835>

- Jones, B. T., Corbin, W., & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption [Una revisión de la teoría de las expectativas y el consumo de alcohol]. *Addiction*, 96(1), 57-72. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.961575.x>
- Kaya, Y., & Cook, K. J. (2010). A cross-national analysis of physical intimate partner violence against women. *International Journal of Comparative Sociology*, 51(6), 423-444. <https://doi.org/10.1177/0020715210386155>
- Kline, P. (1993). *Manual de pruebas psicológicas*. Londres: Routledge.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European addiction research*, 1(4), 208-210. <https://doi.org/10.1159/000259089>
- Koob, G. F., & Moal, M. L. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation [Abuso de drogas: desregulación homeostática hedónica]. *Science*, 278(5335), 52-58. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.52>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis [Neurobiología de la adicción: un análisis de los neurocircuitos]. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Koob, G. F., Powell, P., & White, A. (2020). Addiction as a coping response: hyperkatifeia, deaths of despair, and COVID-19 [La adicción como respuesta de afrontamiento: hiperkatifeia, muertes por desesperación y COVID-19]. *American Journal of Psychiatry*, 177(11), 1031-1037. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20091375>

- Kosson, D. S., Kelly, J. C., & White, J. W. (1997). Psychopathy-related traits predict self-reported sexual aggression among college men. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(2), 241-254.  
<https://doi.org/10.1177/088626097012002006>
- Kramer, J. F., Cameron, D. C., & World Health Organization. (1975). *Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*. Organización Mundial de la Salud.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health [Informe mundial sobre la violencia y la salud]. *The lancet, 360*(9339), 1083-1088.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P., & Paisarnsilp, S. (1998). Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction, 93*(8), 1231-1239. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.938123111.x>
- Leonard, K. E., Quigley, B. M., & Collins, R. L. (2003). Drinking, personality, and bar environmental characteristics as predictors of involvement in barroom aggression. *Addictive behaviors, 28*(9), 1681-1700.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.042>
- Les Dees, W., Srivastava, V. K., & Hiney, J. K. (2001). Alcohol and female puberty: The role of intraovarian systems. *Alcohol Research & Health, 25*(4), 271.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6705706/>
- Long, G. M., & Mcnamara, J. R. (1989). Paradoxical punishment as it relates to the battered woman syndrome. *Behavior modification, 13*(2), 192-205.  
<https://doi.org/10.1177/01454455890132003>

- Lozano, M., Miana, J., & Campos, C. (2007). Mujeres drogodependientes: percepción del tratamiento en una comunidad terapéutica mixta. In *III Symposium Nacional de Adicción de la Mujer, Zaragoza*.
- Marcoux, B. C., & Shope, J. T. (1997). Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health education research*, 12(3), 323-331. <https://doi.org/10.1093/her/12.3.323>
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health psychology review*, 5(2), 97-144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>
- Mellins, C. A., Walsh, K., Sarvet, A. L., Wall, M., Gilbert, L., Santelli, J. S., Thompson, M., Wilson, P. A., Khan, S., Benson, S., Bah, K., Kaufman, K. A., Reardon, L. y Hirsch, J. S. (2017). Sexual assault incidents among college undergraduates: Prevalence and factors associated with risk. *PLoS one*, 12(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186471>
- Miller, B. A., Downs, W. R., & Gondoli, D. M. (1989). Spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(6), 533-540. <https://doi.org/10.15288/jsa.1989.50.533>
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Centro de Publicaciones. (2019). *Estudio sobre el Tiempo que Tardan las Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Verbalizar su Situación*. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Estudio\\_Tiempo\\_Denuncia4.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Estudio_Tiempo_Denuncia4.pdf)
- Ministerio del Interior y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2002). *Plan Nacional de Drogas* (Memoria 2002). <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/memo2002.pdf>

- Miotto, M. D. G. (2002). La contribución de la enfermería frente al fenómeno de las drogas y la violencia en América Latina: un proceso de construcción. *Ciencia y enfermería*, 8(2), 09-19. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532002000200002>
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J., & Villalvazo, R. (2000). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología conductual*, 8(2), 319-328. [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/Articulos%20Jorge/2000/2000\\_validez\\_factorial\\_cuestionario.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/Articulos%20Jorge/2000/2000_validez_factorial_cuestionario.pdf)
- Musayón, Y., & Caufield, C. (2005). Drug consumption and violence in female work Zapallal-Lima/Peru. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 1185-1193. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000800013>
- Musayón Oblitas, F. Y., & Caufield, C. (2007). Workplace violence and drug use in women workers in a Peruvian Barrio. *International nursing review*, 54(4), 339-345. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00568.x>
- Musayón, Y., Vaiz, R., Loncharich, N., & Leal, H. (2007). Mujer, drogas y violencia: complejidades de un fenómeno actual. *Investigación y educación en enfermería*, 25(2), 84-95. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215257008>
- Naciones Unidas. (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10742.pdf>
- Nam, B., Kim, J., Kim, J. Y., & Lee, Y. (2023). Depression, Alcohol Misuse, and Suicide Attempt Among North Korean Refugee Women Exposed to Gender-Based Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(15-16), 8878-8897. <https://doi.org/10.1177/08862605231161290>

- National institute on alcohol, Abuse and Alcoholism. (2022, junio). *El ciclo de la adicción al alcohol*. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/el-ciclo-de-la-adiccion-al-alcohol>
- National Institute on drug abuse. (2022). El consumo de sustancias en las mujeres. 4. DrugFacts. 1-4. [https://nida.nih.gov/sites/default/files/df\\_substanceusewomen\\_sp\\_final\\_03172016.pdf](https://nida.nih.gov/sites/default/files/df_substanceusewomen_sp_final_03172016.pdf).
- National Institute on drug abuse. (2024, 5 de enero). *El uso indebido de drogas y la adicción*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas-en-2024>, July 14
- National institute on alcohol, Abuse and Alcoholism. (2024, marzo). *Entendiendo qué es el consumo excesivo y peligroso de alcohol*. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/entendiendo-que-es-el-consumo-excesivo-y-peligroso-de-alcohol#:r>
- National Institute on drug abuse. (2024, marzo). *El consumo nocivo de alcohol entre menores de edad universitarios*. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/el-consumo-nocivo-de-alcohol-entre-menores-de-edad-universitarios>
- Naved, R. T., Azim, S., Bhuiya, A., & Persson, L. Å. (2006). Physical violence by husbands: magnitude, disclosure and help-seeking behavior of women in Bangladesh. *Social science & medicine*, 62(12), 2917-2929. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.12.001>
- Nguyen, K. A., Myers, B., Abrahams, N., Jewkes, R., Mhlongo, S., Seedat, S., ... & Peer, N. (2023). Symptoms of posttraumatic stress partially mediate the relationship between gender-based violence and alcohol misuse among South African women. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 18(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00549-8>

- Nina, A. (2021). *Violencia de género y dependencia emocional en mujeres del distrito de Santa Rosa - Puno, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio digital institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/59770>
- Nogueiras, B. (2004). La violencia en la pareja. *La violencia contra las mujeres*, 39-55.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía Cannabis. (2022). *Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022.* [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022\\_OEDA\\_Monografía\\_Cannabis.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022_OEDA_Monografía_Cannabis.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022, 27 de junio). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC destaca las tendencias del cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes.* [Comunicado de prensa]. <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida.* Nueva York: Naciones Unidas. [https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686\\_ebook%20Spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf)
- Organización Mundial de la salud y Organización Panamericana de la salud. (2013). *Comprender y Abordar la Violencia contra las Mujeres Consecuencias para la Salud.* <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-12.43>

Organización Mundial de la salud y Organización Panamericana de la salud. (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51352>

Organización Mundial de la salud y Organización Panamericana de la salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*". [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43431/9275324220\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf)

Organización Mundial de la salud y Organización Panamericana de la salud. (2021). *Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019*. <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>.

Organización Panamericana de la Salud y Organización mundial de la salud. (2021). *La carga de los trastornos por consumo de drogas en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de datos sobre enfermedades no transmisibles y salud mental*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)

Organización Mundial de la salud. (2013, 20 de junio). *Violencia contra las mujeres: un “problema de salud global de proporciones epidémicas”*. <https://www.who.int/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions->

Organización Mundial de la Salud. (2018, 21 de setiembre). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres*. <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025*.

- Organización Mundial de la salud. (2021, 8 de marzo). *Violencia contra la mujer*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 25 de marzo). *Violencia contra la mujer*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Parks, K. A. (2000). An event-based analysis of aggression women experience in bars. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2), 102. <https://doi.org/10.1037//0893-164x.14.2.102>.
- Pértega, S., y Pita, S. (2002, 17 de setiembre). *Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles*. Fistera. <https://www.fistera.com/formacion/metodologia-investigacion/calculo-tamano-muestral-estudios-casos-controles/>
- Petraitis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological bulletin*, 117(1), 67.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.117.1.67>
- Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N., & Tansella, M. (1997). Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal*, 314(7078), 420-424. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7078.420>
- Pillon, S. C., & Luis, M. A. V. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem [Modelos explicativos del uso del alcohol y drogas y las prácticas en enfermería]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 676-682.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400014>
- Pons, X. (2007). Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas, Alicante, *Editorial Club Universitario*.

- Pozo, R.Y. (2018). *Adaptación del Cuestionario para Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol – AUDIT en universitarios de Los Olivos. Lima, 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25796>
- Pozo, R. (2015). Estigma e invisibilidad: alcoholismo y procesos de envejecimiento en mujeres. *Educación Social y Género*. <https://eduso.net/res/wp-content>
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(1), 295-306. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. A., & Martínez-Vélez, N. A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *salud pública de méxico*, 43(3), 182-191. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n3/a02v43n3.pdf>
- Reyes, L. (2007). La Teoría de la Acción Planeada: Implicaciones para el estudio de las actitudes. *INED*, 7(1), 66-77.
- Rivas-Rivero, E., Bonilla-Algovia, E., & Vázquez, J. J. (2020). Risk factors associated with substance use in female victims of abuse living in a context of poverty. *Annals of Psychology*, 36(1), 173-180. <https://doi.org/10.6018/analesps.362541>
- Rodríguez-Kuri, S. E., Diaz-Negrete, D. B., Gracia-Gutiérrez de Velasco, S. E., Guerrero-Huesca, J. A., & Gómez-Maqueo, E. L. (2007). Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud*

- mental*, 30(1), 68-81. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252007000100068&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252007000100068&script=sci_arttext)
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., & Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*, 18, 4-12. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es&tlng=es).
- Sáez, G., Ruiz, M.J., Delclós-López, G., Expósito, F., & Fernández-Artamendi, S. (2020). The Effect of Prescription Drugs and Alcohol Consumption on Intimate Partner Violence Victim Blaming. *Int J Environ Res Public Health*, 17(13), 4747. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134747>
- Safranoff, A. (2017). Violencia psicológica hacia la mujer: ¿Cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja?. *Salud colectiva*, 13, 611-632. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1145>
- Salinas, T. (1999). Violencia intrafamiliar y consumo de drogas: Familia, violencia y abuso de drogas: Una perspectiva boliviana sobre la problemática. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000700020>
- Salokangas, R. K. R., From, T., Luutonen, S., Salokangas, H. R. W. y Hietala, J. (2018). Effect of childhood adversities on alcohol problems is mainly mediated by depression. *The American Journal on Addictions*, 27(5), 391-399. <https://doi.org/10.1111/ajad.12734>
- Scoccianti, C., Lauby-Secretan, B., Bello, P. Y., Chajes, V., & Romieu, I. (2014). Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature. *American journal of preventive medicine*, 46(3), S16-S25. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.031>

- Seguel, F., Santander, Gema, G., y Alexandre, O. (2013). Validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) en estudiantes de una universidad chilena. *Ciencia y enfermería*, 19(1), 23-35. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000100003>
- Seitz, H. K., Pelucchi, C., Bagnardi, V., & Vecchia, C. L. (2012). Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: Update 2012. *Alcohol and alcoholism*, 47(3), 204-212. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags011>
- Singletary, K. W., & Gapstur, S. M. (2001). Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. *Jama*, 286(17), 2143-2151. <https://doi.org/10.1001/jama.286.17.2143>
- Slade, T., Chapman, C., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2016). Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ open*, 6(10), e011827. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011827>
- Stanton, M. D., & Todd, T. C. (2018). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (Vol. 141603). Editorial Gedisa.
- Stark, E. & Flitcraft, A. (1988). Violence among intimates: An epidemiological review. In: Van Hasselt, V.D., Morrison, R.L., Bellack, A.S. & Herson, M. (eds). *Handbook of Family Violence*, 293-317.
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and violent behavior*, 10(1), 65-98. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.09.001>

- Stocco, P., Llopis Llacer, J. J., DeFazio, L., Calafat, A., & Mendes, F. (2000). Women drug abuse in Europe: gender identity (Vol. 200, No. 0). Irefrea. [http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Stocco%20et%20al\\_2000\\_Women%20Drug%20Abuse.pdf](http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Stocco%20et%20al_2000_Women%20Drug%20Abuse.pdf)
- Stocco, P., Llopis, J. J., De Fazio, L., Facy, F., Mariani, E., Legl, T., ... & Rbollida, M. (2002). Women and opiate addiction: a european perspective. Europe: Irefrea. [https://www.drugsandalcohol.ie/3802/1/women\\_and\\_opiate.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/3802/1/women_and_opiate.pdf)
- Tenorio, J., & Marcos, A. J. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, (77), 58-63. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77807708.pdf>
- Timmons, P. A. & O'Leary, K. D. (2004). Physical and Psychological Partner Aggression Across a Decade: A Growth Curve Analysis. *Violence and Victims*, 19 (1), 3-16. <https://doi.org/10.1891/vivi.19.1.3.33236>
- Tyler, K., Hoyt, D. R., & Whitbeck, L. B. (1998). Coercive sexual strategies. *Sociology Department, Faculty Publications*, 45. <https://digitalcommons.unl.edu/sociologyfacpub/45>
- Velasco, V.M., Martínez, V.A., Huazano, F., Rentería, N., Roiz, J. (2002). Muestreo y tamaño de muestra. *Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación* (1.<sup>a</sup> ed.).
- Velásquez, M., & Stotts, A. (2003). La naturaleza, curso y tratamiento del abuso de sustancia en mujeres. *DEVIDA*, 1(1), 116. [https://www.researchgate.net/profile/william-cabanillas-rojas/publication/305806851\\_primer\\_numero\\_de\\_la\\_revista\\_peruana\\_de\\_drogodependencias/links/57a21d4b08aeef8f311e731f/primer-numero-de-la-revista-peruana-de-drogodependencias.pdf#page=113](https://www.researchgate.net/profile/william-cabanillas-rojas/publication/305806851_primer_numero_de_la_revista_peruana_de_drogodependencias/links/57a21d4b08aeef8f311e731f/primer-numero-de-la-revista-peruana-de-drogodependencias.pdf#page=113)

- Veloso, C., & Monteiro, C. F. D. S. (2019). Consumption of alcohol and tobacco by women and the occurrence of violence by intimate partner. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28, e20170581. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0581>
- Villarreal, A. (2007). Women's employment status, coercive control, and intimate partner violence in Mexico. *Journal of Marriage and Family*, 69(2), 418-434. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00374.x>
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Gil-González, D., Torrubiano-Domínguez, J., Rohlf, I., & Escribà-Agüir, V. (2009). Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 410-414. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v23n5/original7.pdf>
- Walker, L.E. (1979). *The battered women syndrome* [El síndrome de la mujer maltratada]. New York, NY: Harper & Row.
- Westermeyer, J., & Boedicker, A. E. (2000). Course, severity, and treatment of substance abuse among women versus men. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 26(4), 523-535. <https://doi.org/10.1081/ADA-100101893>
- White, A., Castle, I. J. P., Chen, C. M., Shirley, M., Roach, D., & Hingson, R. (2015). Converging patterns of alcohol use and related outcomes among females and males in the United States, 2002 to 2012. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 39(9), 1712-1726. <https://doi.org/10.1111/acer.12815>
- Wilsnack, S. C. (1991). Barriers to treatment for alcoholic women. *Addiction and recovery*, 11(4), 10-12.

- Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95225112.x>
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., & Obot, I. S. (2005). Why study gender, alcohol and culture. *Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries*, 1-23. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/23378.pdf#page=12>
- Wilsnack, R. W., & Wilsnack, S. C. (2013). Gender and alcohol: consumption and consequences. In P. Boyle, P. Boffeta, A.B. Lowenfels, H. Burns, O. Brawley, W. Zatonski & J. Rehm (Eds.), *Alcohol: Science, policy and public health* (pp.153-160).
- Wright, M. G. M. (1999). A Critical-Holistic Perspective of the Drug Phenomenon and Nursing Education. In *III Seminar of CICAD Schools of Nursing Project on Demand Reduction in Latin America, Valencia, Venezuela, January* (pp. 27-29).
- Zelner, I., & Koren, G. (2013). Alcohol consumption among women. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology= Journal de la Therapeutique des Populations et de la Pharmacologie Clinique*, 20(2), e201-6. <https://europepmc.org/article/med/24002587>

## ANEXOS

### Anexo I

#### CONSENTIMIENTO DE DATOS I

Estimada participante,

El presente documento tiene como objetivo informarle sobre el estudio en el que se le invita a participar. Este proyecto conducido por Maritza Surco Arcondo estudiante de la Maestría de Adicciones y conductas adictivas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, además está asesorado por el PhD Fernando Salazar Silva. Lea atentamente la información que se le proporciona a continuación.

Investigadores:

**Objetivo del estudio:** Determinar el nivel de consumo abusivo de alcohol, los factores sociodemográficos y familiares asociados a la violencia.

**Procedimiento:** Si decide participar, se le pedirá que responda a un cuestionario relacionado con el uso de alcohol. Esta prueba se realizará en un entorno seguro, confidencial y tardarán aproximadamente 15 minutos en completarse.

**Riesgos y beneficios:** Aunque no hay riesgos físicos directos asociados con la participación en este estudio, algunas preguntas pueden ser de índole personal. Si en algún momento durante el estudio se siente incómoda, puede optar por no responder a las preguntas específicas o puede retirarse del estudio por completo así mismo se le podrá brindar la contención emocional inmediata en caso sea necesario. En cuanto a los beneficios, su participación nos ayudará a comprender mejor la relación entre los factores sociodemográficos, factores familiares el trastorno por uso de alcohol y/o consumo de sustancias, lo que puede contribuir a mejorar los tratamientos y estrategias de intervención en el futuro.

**Almacenamiento.** - La información obtenida será almacenada en una PC personal con contraseña al que solo accederán la tesista y el asesor de la presente investigación por un periodo de cinco años, posteriormente será borrada.

**Confidencialidad:** Su participación en este estudio es completamente confidencial. Cualquier información que proporcione será almacenada de manera **segura** y solo será accesible para la tesista y el asesor de la presente investigación. Los resultados del estudio se presentarán de manera que no se pueda identificar a ningún individuo.

**Derecho a retirarse:** Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Si decide retirarse, toda la información que haya proporcionado será eliminada de nuestros registros.

**Devolución de resultados:** Al concluir la investigación, en el correo electrónico o medio de contacto que le solicitaremos, le enviaremos un mensaje que le permita conocer los resultados del estudio realizado. Asimismo, para consultas sobre aspectos de ética de la investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la universidad, al correo [etica.investigacion@pucp.edu.pe](mailto:etica.investigacion@pucp.edu.pe).

Si decide participar, por favor firme a continuación para indicar que ha leído y comprendido la información proporcionada en este formulario, y que está de acuerdo en participar en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, no dude en ponerse en contacto con nosotros: Maritza Surco Arcondo - [maritza.surco@pucp.edu.pe](mailto:maritza.surco@pucp.edu.pe)  
Gracias por considerar la participación en este estudio.

Atentamente,

## CONSENTIMIENTO DE DATOS II

Estimada participante,

El presente documento tiene como objetivo informarle sobre el estudio en el que se le invita a participar. Este proyecto conducido por Maritza Surco Arcondo estudiante de la Maestría de Adicciones y conductas adictivas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, además está asesorado por el PhD Fernando Salazar Silva. Lea atentamente la información que se le proporciona a continuación.

Investigadores:

**Objetivo del estudio:** Determinar el nivel de consumo abusivo de alcohol, los factores sociodemográficos y familiares asociados a la violencia.

**Procedimiento:** Si decide participar, se le pedirá que responda a un cuestionario relacionado al tipo de violencia. Esta prueba se realizará en un entorno seguro, confidencial y tardarán aproximadamente 20 minutos en completarse.

**Riesgos y beneficios:** Aunque no hay riesgos físicos directos asociados con la participación en este estudio, algunas preguntas pueden ser de índole personal. Si en algún momento durante el estudio se siente incómoda, puede optar por no responder a las preguntas específicas o puede retirarse del estudio por completo así mismo se le podrá brindar la contención emocional inmediata en caso sea necesario. En cuanto a los beneficios, su participación nos ayudará a comprender mejor la relación entre los factores sociodemográficos, factores familiares el trastorno por uso de alcohol y/o consumo de sustancias, lo que puede contribuir a mejorar los tratamientos y estrategias de intervención en el futuro.

**Almacenamiento.** - La información obtenida será almacenada en una PC personal con contraseña al que solo accederán la tesista y el asesor de la presente investigación por un periodo de cinco años, posteriormente será borrada.

**Confidencialidad:** Su participación en este estudio es completamente confidencial. Cualquier información que proporcione será almacenada de manera **segura** y solo será accesible para la tesista y el asesor de la presente investigación. Los resultados del estudio se presentarán de manera que no se pueda identificar a ningún individuo.

**Derecho a retirarse:** Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Si decide retirarse, toda la información que haya proporcionado será eliminada de nuestros registros.

**Devolución de resultados:** Al concluir la investigación, en el correo electrónico o medio de contacto que le solicitaremos, le enviaremos un mensaje que le permita conocer los resultados del estudio realizado. Asimismo, para consultas sobre aspectos de ética de la investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la universidad, al correo [etica.investigacion@pucp.edu.pe](mailto:etica.investigacion@pucp.edu.pe).

Si decide participar, por favor firme a continuación para indicar que ha leído y comprendido la información proporcionada en este formulario, y que está de acuerdo en participar en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, no dude en ponerse en contacto con nosotros: Maritza Surco Arcondo - [maritza.surco@pucp.edu.pe](mailto:maritza.surco@pucp.edu.pe)  
Gracias por considerar la participación en este estudio.

Atentamente.

**Anexo II**

## PROTOCOLO DE CONTENCIÓN EMOCIONAL

### ENFOQUE DEL PROTOCOLO

Es la perspectiva humanista la base del enfoque del protocolo. El humanismo (Carl Rogers) implica la confianza en la tendencia actualizante de las personas y en el potencial de resiliencia o capacidad de recuperación emocional frente a la adversidad. El humanismo implica una visión de los seres humanos con la capacidad de desarrollar recursos propios y con un potencial creativo inherente. Es por tanto una visión no determinista, en donde se relativiza la influencia del pasado. De ahí la importancia de favorecer la conciencia de la usuaria víctimas de violencia.

### CARACTERÍSTICAS DE LA CONTENCIÓN

- Escuchar atenta, respetuosamente y sin juicios.
- Favorecer la expresión de las emociones.
- Promover la toma de conciencia y de los aspectos involucrados en la reacción de no contención.
- Promover la emergencia de los recursos propios a través de las técnicas específicas de contención.

### PROCEDIMIENTO

#### PRIMERA ETAPA. La entrevista inicial de contención

El objetivo es evaluar la situación o el problema de contención de la usuaria víctima de violencia a través de la entrevista inicial que se hará con la técnica de la entrevista humanista del Enfoque Centrado en la Persona. Tomando en cuenta, como actitudes, entre otras, la empatía, el respeto, la escucha activa. Se pretende acompañar a la usuaria sin juzgarla y favorecer la expresión de sus sentimientos en una atmósfera de respeto que le brinde seguridad y confianza, y que favorezca, desde el primer momento, su contención. Las actitudes y herramientas más importantes del Enfoque Centrado en la Persona (Rogers, 1957) son las siguientes:

**Empatía.** Escuchar a la persona desde su marco de referencia, ser capaz de ponerse en su lugar.

**Escucha activa y respetuosa.** Saber escuchar con atención, no juzgar.

**Consideración positiva.** Tomar en cuenta que la persona está haciendo lo mejor que puede según sus circunstancias y su nivel de conciencia.

**Congruencia.** Darse cuenta de la experiencia que se está teniendo al momento de la entrevista.

**Atención física.** Observar el lenguaje corporal y el cómo se dicen las cosas.

**Reflejo de sentimientos.** Observar, reflejar y favorecer la expresión de sentimientos y emociones explícitos y sobre todo implícitos que estén presentes en la comunicación.

**Concretización.** Lograr que la comunicación vaya de lo más general a lo más específico, concreto y específico. Usar palabras como que, para qué, como cuando, donde, en lugar del porqué. Explorar el significado de la situación para la persona en particular.

#### Para realizar una contención emocional en crisis se debe:

- Centrar la atención en la persona, mirarla directamente cuando se habla con ella.

- Favorecer la expresión de las emociones y tener actitud empática que permita sintonizarse con sus sentimientos y necesidades.
- Ejercer una actitud de escucha activa sin ejercer presiones y sin emitir juicios:
- Se debe respetar los tiempos en que cada persona puede y desea exteriorizar sus experiencias, no se le debe obligar a hablar de sus vivencias.
- Si a la mujer víctima le resulta dificultoso hablar, es favorable permanecer en silencio, sin presionarla y dejando que se tome un momento hasta cuando pueda hacerlo.
- Luego de transcurrido el momento de silencio, se puede invitar nuevamente a que exprese lo que siente, si insiste en mantenerse en silencio, se debe respetar su decisión y cambiar el tema, poniendo atención para detectar sus necesidades particulares.
- Una forma útil para lograr la contención es verbalizar y validar el sentir y pensar de la persona afectada.
- Tratar de hacerle sentir que está acompañada a través del uso del lenguaje no verbal (corporal o gesticular).
- En todo momento se debe estar atenta a las características y gravedad de los problemas que la persona expresa y mostrar esta atención e interés por medio de la formulación de preguntas abiertas, clarificación de dudas y con la elaboración de pequeños resúmenes “según la escucho, su problema tiene que ver con...”, “si la interpreto correctamente, usted se enfrenta a...”, “me pregunto si lo que usted me quiere decir es...”.

**Para realizar una contención emocional en crisis se debe evitar:**

- Restar importancia a lo que la persona está contando o invalidar sus experiencias u opiniones.
- Juzgar y valorar de manera trivial la situación de las personas.
- Colocarse ante las personas como si le estuviera haciendo el favor de ayudarla.
- Fomentar en las personas la idea de que no hay solución a su problema, que obtener la ayuda que solicita es complicado, dispendioso o demorado y que es mejor rendirse.

**SEGUNDA ETAPA. Acciones específicas de contención**

Se hará un diagnóstico de la situación en la que se encuentra la usuaria tomando en cuenta el grado de ansiedad, la falta de congruencia, la fatiga de compasión y otros elementos que indiquen que la contención es necesaria.

Si el grado de ansiedad es significativo se hará un ejercicio de relajación de respiración. Se trabajará con la fantasía catastrófica, esto es, se le pide que hable de cuál es el peor escenario posible que está anticipando. Se le confronta empáticamente con la realidad para que se percate de que esto está más en su fantasía que en la realidad. A través del ejercicio de respiración se propicia la contención al estar en el momento presente, en contacto con el cuerpo y dejando a un lado la mente catastrofista. De esta manera la usuaria retoma su poder y su centro, haciendo acopio de los propios recursos. Al final de la entrevista se hará un ejercicio de visualización.

<b>Técnicas de contención según el grado de ansiedad</b>		
Bases para la relajación:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer estar en el presente.</li> <li>• Controlar los pensamientos catastrofistas.</li> <li>• Poner la atención en el cuerpo, en la respiración.</li> </ul>	
Las técnicas de relajación	La respiración	<p>Instrucciones</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hacer contacto visual con la persona afectada para ubicarla en el presente y propiciar la sensación de compañía, para que perciba un ambiente seguro y de que hay alguien en quien puede confiar.</li> <li>2. Se le pide que observe la entrada y la salida del aire solamente, sin modificar la respiración.</li> <li>3. Si aparecen pensamientos, se le pide que simplemente los observe y regrese con su atención a la respiración.</li> <li>4. Se le pide que una y otra vez, regrese con su atención a su respiración, sin juzgarse.</li> <li>5. De nuevo, hasta que se vaya tranquilizando.</li> <li>6. Al final se le pregunta cómo está y que recursos utilizó para lograr una mayor relajación.</li> </ol>
	La visualización	<p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cierre sus ojos y recuerde una situación de paz y relajación.</li> <li>2. Reviva cada momento, cada sensación, cada detalle.</li> <li>3. Respire ampliamente, disfrute ese momento.</li> <li>4. Imagine como poco a poco se va retirando de ese lugar y regresa al momento presente.</li> <li>5. Abra lentamente sus ojos, respire y tome en cuenta que ese lugar es un refugio al que puede acudir con su imaginación, con su recuerdo, en cualquier momento.</li> </ol>

### **TERCERA ETAPA. Acompañamiento y seguimiento**

Es muy importante no dejar a la usuaria sin acompañamiento y seguimiento del caso, esto permite que cerremos un ciclo y validar nuestro trabajo. Por lo tanto, es importante contactarse con la usuaria, por lo menos una vez por semana y saber cómo van sus procesos.

### Anexo III

#### LISTA DE LINEAS DE ATENCIÓN

- **Línea 100.-** Brinda información, orientación, consejería y soporte emocional en quechua, aimara y castellano para las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar o que conozcan un caso.
- **Chat 100.-** Servicio personalizado por internet y en tiempo real, donde profesionales especializados brindan información y orientación psicológica para identificar situaciones de riesgo de violencia en las relaciones de enamoramiento y noviazgo.
- **Central 113 Salud: recibir información y orientación en salud.** - Mediante este servicio, un equipo multidisciplinario de profesionales en medicina, obstetricia, enfermería, psicología y nutrición podrá brindarte consejería. También podrás solicitar ser atendido en lenguas originarias como quechua y aimara.
- **Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú.** - Recuerda que tienes que comentar que quieres atenderte en Psicología de algún CSMC. Además, si deseas mayor información puedes llamar a la Línea 113 (atención 24 horas) o a los números 955557000 o 952842623. También puedes enviar un correo a [infosalud@minsa.gob.pe](mailto:infosalud@minsa.gob.pe).
- **Orientación psicológica llama al 107 opción 3 – EsSalud.** - La tele orientación psicológica es un servicio al que acceden los asegurados y cualquier otro usuario llamando a la Línea 107, opción 3, el cual está a disposición las 24 horas del día y los 365 días del año.
- **Habla Franco Devida Línea 1815.-** Mediante este servicio se puede acceder a asesoría especializada en la temática de drogas, llamando gratis desde cualquier celular o teléfono fijo de lunes a sábado de 9 am. a 9 pm., con psicólogos/as especialistas en el tema de drogas atienden las llamadas de acuerdo con cada caso incluyendo el consumo de alcohol, también pueden llamar los familiares o personas cercanas al caso.

## Anexo IV

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos del nivel de violencia física con los factores sociodemográficos y familiares del grupo de casos.*

	VIOLENCIA FÍSICA				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	p		
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>	<b>Total</b>				
Primaria	0.0 %	28.6 %	71.4 %	100.0 %				
Secundaria	10.8 %	59.5 %	29.7 %	100.0 %				
Técnico	9.5 %	42.9 %	47.6 %	100.0 %	7.52	0.481		
Universitario	0.0 %	53.8 %	46.2 %	100.0 %				
Postgrado	0.0 %	33.3 %	66.7 %	100.0 %				
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %				
<b>EDAD</b>								
18-29	11.1 %	55.6 %	33.3 %	100.0 %				
30-39	7.3 %	41.5 %	51.2 %	100.0 %				
40-49	6.7 %	66.7 %	26.7 %	100.0 %	6.69	0.571		
50-59	0.0 %	40.0 %	60.0 %	100.0 %				
60 a más	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %				
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %				
<b>ESTADO CIVIL</b>								
Soltera	4.8 %	57.1 %	38.1 %	100.0 %				
Casada	0.0 %	23.5 %	76.5 %	100.0 %				
Viuda	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %				
Divorciada	0.0 %	60.0 %	40.0 %	100.0 %	13.1	0.108		
Separada	12.5 %	58.3 %	29.2 %	100.0 %				
Conviviente	14.3 %	57.1 %	28.6 %	100.0 %				
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %				
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>								
Bajo	3.8 %	57.7 %	38.5 %	100.0 %				
Medio bajo	7.1 %	57.1 %	35.7 %	100.0 %				
Medio	11.5 %	38.5 %	50.0 %	100.0 %	4.42	0.62		
Medio alto	0.0 %	0.0 %	100.0 %	100.0 %				
Alto	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %				
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %				
<b>TIPO DE FAMILIA</b>								
Nuclear	8.0 %	46.0 %	46.0 %	100.0 %				
Extendida	10.0 %	40.0 %	50.0 %	100.0 %				
Reconstituida	7.7 %	61.5 %	30.8 %	100.0 %	3.67	0.721		
Monoparental	0.0 %	75.0 %	25.0 %	100.0 %				
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %				
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>								
Wanchaq	7.1 %	50.0 %	42.9 %	100.0 %			10.6	0.564
San Jerónimo	0.0 %	42.9 %	57.1 %	100.0 %				

San Sebastián	4.3 %	56.5 %	39.1 %	100.0 %
Saylla	0.0 %	33.3 %	66.7 %	100.0 %
Santiago	11.1 %	44.4 %	44.4 %	100.0 %
Poroy	50.0 %	50.0 %	0.0 %	100.0 %
Ccorca	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
Otros	0.0 %	80.0 %	20.0 %	100.0 %
Total	7.4 %	50.6 %	42.0 %	100.0 %

En la tabla 5, al realizar la prueba no paramétrica de Chi cuadrado que mide la relación entre los factores sociodemográficos y familiares con la violencia física, se obtuvieron los resultados de probabilidad mayor o igual al nivel de significancia ( $p \geq 0.05$ ), por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula, con un nivel de significancia de 5%, es decir las variables sociodemográficas y familiares no estarían asociadas a la violencia física.

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos del nivel de violencia psicológica con los factores sociodemográficos y familiares del grupo de casos.*

NIVEL EDUCATIVO	VIOLENCIA PSICOLÓGICA				Chi Cuadrado X <sup>2</sup>	Valor “p”
	NADA FREC.	REGULAR	MUY FREC.	Total		
Primaria	14.3 %	71.4 %	14.3 %	100.0 %	9.44	0.307
Secundaria	27.0 %	67.6 %	5.4 %	100.0 %		
Técnico	14.3 %	81.0 %	4.8 %	100.0 %		
Universitario	0.0 %	92.3 %	7.7 %	100.0 %		
Postgrado	0.0 %	66.7 %	33.3 %	100.0 %		
Total	17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		
<b>EDAD</b>					9.72	0.286
18-29	27.8 %	55.6 %	16.7 %	100.0 %		
30-39	19.5 %	78.0 %	2.4 %	100.0 %		
40-49	6.7 %	80.0 %	13.3 %	100.0 %		
50-59	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %		
60 a más	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %		
Total	17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		
<b>ESTADO CIVIL</b>					8.67	0.371
Soltera	19.0 %	66.7 %	14.3 %	100.0 %		
Casada	11.8 %	76.5 %	11.8 %	100.0 %		
Viuda	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %		
Divorciada	20.0 %	80.0 %	0.0 %	100.0 %		
Separada	8.3 %	87.5 %	4.2 %	100.0 %		
Conviviente	35.7 %	64.3 %	0.0 %	100.0 %		

Total	17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>						
Bajo	7.7 %	80.8 %	11.5 %	100.0 %		
Medio bajo	28.6 %	67.9 %	3.6 %	100.0 %		
Medio	15.4 %	76.9 %	7.7 %	100.0 %	5.31	0.505
Medio alto	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %		
Alto	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %		
Total	17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		
<b>TIPO DE FAMILIA</b>						
Nuclear	14.0 %	78.0 %	8.0 %	100.0 %		
Extendida	10.0 %	80.0 %	10.0 %	100.0 %		
Reconstituida	23.1 %	76.9 %	0.0 %	100.0 %	4.88	0.559
Monoparental	37.5 %	50.0 %	12.5 %	100.0 %		
Total	17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>						
Wanchaq	14.3 %	85.7 %	0.0 %	100.0 %		
San Jerónimo	14.3 %	85.7 %	0.0 %	100.0 %		
San Sebastián	8.7 %	82.6 %	8.7 %	100.0 %		
Saylla	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %		
Santiago	33.3 %	55.6 %	11.1 %	100.0 %	12.7	0.393
Poroy	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %		
Ccorca	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %		
Otros	0.0 %	80.0 %	20.0 %	100.0 %		
Total	17.3 %	75.3 %	7.4 %	100.0 %		

En esta tabla se puede observar que las variables sociodemográficas y familiares no estarían asociadas a la violencia psicológica ( $p \geq 0.05$ ).

**Tabla 3**

*Asociación del consumo de alcohol en el último mes con la violencia psicológica contra la mujer controlando por las variables sociodemográficas y familiares.*

**VIOLENCIA PSICOLOGICA**

Predictor	Estimador	EE	Z	p	Razón de odds
Constante	-0.3541	1.363	-0.2598	0.795	0.702
<b>PREVALENCIA DE MES DEL CONSUMO DE ALCOHOL</b>					
No – Si	-0.1752	0.427	-0.4107	0.681	0.839
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>					
Secundaria – Primaria	-0.3108	0.864	-0.3595	0.719	0.733
Técnico – Primaria	0.18	0.879	0.2048	0.838	1.197
Universitario – Primaria	0.6205	0.992	0.6256	0.532	1.86
Postgrado – Primaria	0.4252	1.316	0.3231	0.747	1.53
<b>EDAD</b>					
30-39 – 60 a mas	0.1337	1.413	0.0946	0.925	1.143
50-59 – 60 a mas	0.5705	1.367	0.4173	0.676	1.769
18-29 – 60 a mas	-0.0672	1.427	-0.0471	0.962	0.935
40-49 – 60 a mas	0.5447	1.489	0.3658	0.714	1.724

<b>ESTADO CIVIL</b>					
Casada – Soltera	0.2122	0.587	0.3614	0.718	1.236
Divorciada – Soltera	-0.2996	0.915	-0.3275	0.743	0.741
Separada – Soltera	0.2597	0.573	0.4532	0.65	1.297
Conviviente – Soltera	-0.2744	0.598	-0.4585	0.647	0.76
<b>SITUACION ECONOMICA</b>					
Medio bajo – Bajo	-0.4271	0.451	-0.9463	0.344	0.652
Medio – Bajo	-0.4888	0.478	-1.0228	0.306	0.613
Medio alto – Bajo	-0.3243	1.617	-0.2005	0.841	0.723
<b>TIPO DE FAMILIA</b>					
Extendida – Nuclear	0.6003	0.648	0.9265	0.354	1.823
Reconstituida – Nuclear	0.5125	0.54	0.9485	0.343	1.669
Monoparental – Nuclear	-0.5155	0.709	-0.7269	0.467	0.597
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>					
San Jerónimo – Wanchaq	0.2521	0.783	0.3221	0.747	1.287
San Sebastián – Wanchaq	0.3635	0.61	0.5956	0.551	1.438
Saylla – Wanchaq	0.1896	0.989	0.1918	0.848	1.209
Santiago – Wanchaq	-0.3655	0.578	-0.6323	0.527	0.694
Poroy – Wanchaq	1.4917	1.427	1.0452	0.296	4.445
Otros – Wanchaq	0.5214	0.849	0.6139	0.539	1.684

*Nota.* Los estimadores representan el log odds de la Violencia moderada/severa =1 vs. Violencia física, sexual y psicológica leve junto al grupo control=0

El análisis multivariado, muestra que el consumo de alcohol reciente no se asocia con la violencia psicológica ( $p \geq 0.05$ ).