

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y PROGRESION DE LOS CASOS
DE MUERTE VIOLENTA EN MUJERES DURANTE LOS AÑOS 2017-2020**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

MENDOZA CUEVA JOSE ANTHONY

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO

LIMA-PERÚ

2022

ASESOR
Luis Antonio Llanco Albornoz

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a Dios en primer lugar permitirme un día más de vida, y agradecer a mis padres por apoyarme desde el momento que les comenté que quería estudiar “medicina humana”

DEDICATORIA:

Este trabajo de investigación va dedicado a mis padres y hermanos, en especial a mi madre que fue mi motor ya que sin ella no podría haberlo logrado.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características epidemiológicas y la progresión de los casos de muerte violenta en mujeres durante los años 2017-2020.

METODOLOGÍA: El presente estudio observacional de corte transversal, se realizó con la base de datos secundaria brindada por el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). Se incluyeron a todas las mujeres fallecidas entre los años 2017 a 2020 a causa de una muerte violenta y que presentaban las variables de interés para este estudio. Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medidas de frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Además, para las variables de interés se utilizó medidas de asociación. Para el cálculo de las tasas de mortalidad por suicidio por departamento, se siguió las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ajustadas por grupo etario, mediante un coeficiente, expresados en número de casos/100.000 habitantes.

RESULTADOS: Se analizó la información de un total de 4399 mujeres fallecidas por causas violentas, el mayor número de casos ocurrió el 2019 (N=1658) y el menor número el 2020 (N=1211). Los grupos de edades más comunes en las fallecidas fue de 30 a 44 años y las adultas mayores. Se observó un mayor número de fallecidas en el grupo de ≥ 65 años con 1115 muertes (18.92%), seguido del grupo de 30 a 44 años con 1114 muertes (18.91%). El tipo de muerte violenta más común fue por accidente de tránsito con 2068 muertes (35.10%). Huancavelica y Madre de Dios tuvieron una tendencia en alza en muertes violentas en mujeres y por el contrario Ucayali y Loreto tuvieron una tendencia a la baja.

CONCLUSIONES: 2 grupos etáreos de mujeres fueron los más afectados y los departamentos donde se observó la mayor tasa de muerte violenta fueron Huancavelica, Huánuco y Junín, que están entre los que presentan menor desarrollo económico.

PALABRAS CLAVES: Muerte violenta, mujer, Perú

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the epidemiological characteristics and progression of cases of violent death in women during the years 2017 to 2020.

METHODOLOGY: This cross-sectional observational study was carried out with the secondary database provided by the National Death Information System (SINADEF). Data of all women who died between 2017 and 2020 due to violent death and who presented the variables of interest for this study were included. For data analysis, measures of central tendency and dispersion were used, for numerical variables and measures of frequency and percentage for the categorical variables. Additionally, association measures were used. For the calculation of suicide mortality rates by department, the recommendations of the World Health Organization (WHO) were followed, adjusted by age group, through a coefficient, expressed in the number of cases/100,000 inhabitants.

RESULTS: The information of a total of 4399 women who died of violent causes was analyzed, the highest number of cases occurred in 2019 (N=1658) and the lowest number in 2020 (N=1211). The most common age groups in the deceased were the group of older people (≥ 65 years) and 30 to 44 years old, with 1115 (18.92%) and 1114 deaths (18.91%), respectively. The most common type of violent death was due to a traffic accident with 2,068 deaths (35.10%). Huancavelica and Madre de Dios had an upward trend in violent deaths in women and, on the contrary, Ucayali and Loreto had a downward trend.

CONCLUSIONS: 2 age groups of women were the most affected and the departments where the highest rate of violent death was observed in them were Huancavelica, Huanuco, and Junin, which are among those with the least economic development.

KEYWORDS: Violent death, women, Peru

INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia contra la mujer como “*todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado daño físico, sexual y/o psicológico para la mujer*”, también la ONU ha estimado que aproximadamente una tercera parte de las mujeres a nivel internacional han experimentado problemas de violencia ya sea intra o extradomiciliaria⁽¹⁾, además la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace mención que la violencia contra la mujer es especialmente ejercida por su pareja, constituyendo así un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Las estimaciones que maneja la OMS señalan que aproximadamente una de cada tres mujeres (35%) en el mundo ha sufrido de algún tipo de violencia físico y/o sexual⁽²⁾.

Los últimos años la violencia ha ido escalando en el Perú a niveles insostenibles, siendo afectadas en gran parte las mujeres. Resultado de esta violencia se puede desencadenar la muerte, donde la de causa violenta o no natural es aquella que tiene un origen traumático y cuya etiología corresponde a un interés médico legal el cual abarca a casos de homicidios, suicidios y/o accidentes. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 63.2% de las mujeres de 15 a 49 años de edad fueron víctimas de violencia familiar alguna vez en su vida ya sea por parte de su esposo o compañero; además dio a conocer que el 30.7% de las víctimas sufrió de violencia física, 58.9% de violencia psicológica y 6.8% de violencia sexual⁽³⁾.

En el presente estudio se busca explorar y describir el tipo de muerte violenta más común en el Perú, el grupo etario más afectado, además de ubicar al departamento con mayor número de casos, según la estandarización por tasas de la OMS.

Los resultados obtenidos en el presente estudio pueden servir a futuros estudios que busquen explorar los temas de violencia a nivel de la sociedad,

además puede llamar la atención de las autoridades correspondientes para poder adoptar estrategias de prevención en este tema.

INDICE

CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
INDICE	x
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE GRAFICOS	xiii
LISTA DE ANEXOS	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.2 Problemas específicos	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5 OBJETIVOS	3
1.5.1 Objetivo general	3
1.5.2 Objetivos específicos	3
1.6 PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:	5
2.2. BASES TEÓRICAS:	8
2.3 HIPÓTESIS	14
2.4 VARIABLES	14
2.5 DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES	14
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	16
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	16
3.1.1 Tipo De Investigación	16
3.1.2 Nivel de investigación	16

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	16
3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	17
3.4 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS.....	17
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	19
4.1 RESULTADOS.....	19
4.2 DISCUSIÓN.....	26
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	29
5.1 CONCLUSIONES.....	29
5.2 RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	30
ANEXOS.....	35
ANEXO N°1: INSTRUMENTO – FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	38
ANEXO 3: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	39
ANEXO 4: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	43

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Características Generales

Tabla 2: Estandarización por tasas de las muertes violenta en mujeres

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1: Distribución por meses de las muertes violentas en mujeres

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumento – ficha de recolección de datos

Anexo 2: Matriz de consistencia

Anexo 3: Cuadro de operacionalización de variables

Anexo 4: Carta de aprobación del comité de ética

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como “el uso intencional de fuerza física o poder, bajo amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de ocasionar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o deprivación de la vida” ⁽⁴⁾

La muerte violenta (MV) o de causa no natural, viene a ser la consecuencia de la acción de un agente externo, este tipo de muerte está considerado como un fenómeno social a nivel mundial. La MV, según su etiología, se puede clasificar en homicida, suicida y accidental ⁽⁵⁾. La OMS ha reportado que en un día fallecen más de 15 000 personas a causa de un hecho violento, como accidentes de tránsito (23%), suicidio (15%), homicidio (11%), etc ⁽⁴⁾

En los Estados Unidos (EEUU) la muerte violenta es una amenaza para la salud pública, social y para el desarrollo, se ha podido identificar que este tipo de muerte afecta mayormente a los niños, adolescentes y adultos jóvenes; siendo el homicidio el tipo de muerte violenta más frecuente ⁽⁶⁻⁹⁾. En Cuba se pudo determinar que los accidentes de tránsito constituyen la principal causa de muerte violenta y la quinta de muerte en general ⁽¹⁰⁾. En América Latina se calcula que anualmente 65 000 personas fallecen a causa del suicidio, teniendo a Cuba como uno de los países con mayor tasa de suicidio ⁽¹⁰⁻¹³⁾.

En la actualidad, la violencia contra las mujeres ha sido reconocida por las Naciones Unidas como una violación de los derechos humanos ^(14,15). En el Perú, la violencia contra la mujer es muy alta, alcanzando en el 2014 un promedio de 32.3% de mujeres violentadas ⁽¹⁶⁾. Además, se pudo determinar

que en nuestro país las formas de violencia más utilizadas contra las mujeres son los golpes, asfixia, uso de armas blancas, entre otras ^(16,17).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas y cómo es la progresión de los casos de muerte violenta en mujeres durante los años 2017-2020?

1.2.2 Problemas específicos

¿Existe un aumento en la progresión de los casos de muerte violenta en el Perú durante los años 2017-2020?

¿Cuál es el grupo etario entre las mujeres más afectado por la muerte violenta en el Perú durante los años 2017-2020?

¿Qué tipo etiológico de muerte violenta es más prevalente en el Perú durante los años 2017-2020?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años la mujer ha tenido un progreso evidente en la sociedad alcanzando puestos importantes debido a su superación. La mujer actual tiene un lugar en la sociedad en comparación con décadas anteriores cuando no tenía ni voz ni voto. Sin embargo, el desarrollo de conocimientos en lo que respecta al tema de la violencia contra las mujeres no es suficiente, y nos percatamos de la fragilidad en la que se encuentran respecto a este problema social, que ha cobrado la vida de muchas de ellas alrededor del mundo ⁽¹⁸⁾.

Por eso, la información sobre este tema es importante para mejorar la protección de ellas y especialmente para prevenir sus muertes violentas, para poder guiar futuras actuaciones de prevención y sensibilizar a los jóvenes

adolescentes para que puedan identificar y detectar situaciones de violencia y así llevar a cabo estrategias para que detecten tempranamente el problema

La justificación de este trabajo es que se reconozca que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública, que está afectando a muchas de ellas ya que los casos de muerte violencia son comunes y son reportados continuamente tanto por los medios de comunicación como diferentes instituciones gubernamentales y particulares.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio obtendrá información de la base de datos secundaria del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) que es brindado por el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). El REUNIS, viene a ser un sistema que permite explorar diferentes factores de la población peruana, dentro de la cual se encuentra SINADEF, que es una plataforma en la cual se hace el registro de las personas fallecidas ⁽¹⁹⁾. El estudio abarca todo el territorio peruano, incluyendo sus 24 departamentos y la provincia Constitucional del Callao durante los años comprendidos entre el 2017 al 2020.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas y la progresión de los casos de muerte violenta en mujeres durante los años 2017-2020

1.5.2 Objetivos específicos

Determinar el aumento en la progresión de los casos de muerte violenta en mujeres en el Perú durante los años 2017-2020.

Determinar el grupo etario de mujeres más afectado por la muerte violenta en el Perú durante los años 2017-2020

Identificar el tipo etiológico de muerte violenta en mujeres más prevalente en el Perú durante los años 2017-2020

1.6 PROPÓSITO

El propósito del estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de muerte femenina violenta en nuestro país, que nos permitan poder guiar futuras actuaciones de prevención y sensibilizar a los jóvenes adolescentes para que puedan identificar situaciones de violencia y feminicidio y así poder llevar a cabo estrategias que reduzcan el problema.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

En el año 2020 se publicó un estudio realizado en la provincia Constitucional del Callao, Perú; donde se determinó que durante los años 2016-2018 ocurrieron 83 muertes violentas certificadas por medio de una necropsia. El grupo etario más frecuente en este estudio se ubicó entre las mujeres de 30-59 años. La etiología de la muerte violenta más común fueron los accidentes de tránsito (31.3%), seguido de las muertes provocadas por un agente contuso (25.3%). Además, se pudo conocer que el lugar con mayor ocurrencia de estas muertes era la vía pública (41%) ⁽¹⁷⁾.

En el año 2015 se realizó un estudio titulado “La violencia en el Perú”, en la cual nos indica que la violencia contra las mujeres es muy alta, especialmente la violencia psicológica que rodea aproximadamente el 70% de los casos. En el año 2000 la violencia física a nivel nacional alcanzó el 41.2% y la distribución regional alcanzó el 57.3%. Los informes de violencia sexual contra las mujeres mayores de 18 años oscilan entre 1200 y 1600 por año. Entre el 2010 al 2014 el total de feminicidios, entre los efectivizados y tentativas, se incrementaron en forma alarmante; llegando en total a la cifra de 282 en los años 2013 y 2014; las formas utilizadas fueron golpizas, asfixia, acuchillamiento, accidente de tránsito, quemaduras, aplastamiento, uso de armas de fuego, entre otras, donde el perpetrador el 90% de los casos fue una persona conocida o relacionada con la víctima ⁽¹⁶⁾.

En el 2015 se realizó un estudio en mujeres, entre los 16 a 25 años, sobre la prevalencia y los factores de la violencia entre adolescentes, donde se conoció que un 6% fueron violentadas, un 35% del total pertenecían a las edades de 16 a 18 años, 10% fueron convivientes y casadas y el 12% fueron dependientes. Así mismo, por el tipo de violencia, el 75% sufrió violencia

psicológica, el 58% violencia física y 33% agresión sexual; en el 50% de los casos fue un familiar quien ejerció violencia, el 8% denunciaron los hechos y ninguna de las encuestadas recibió atención médica ni psicológica ⁽¹⁸⁾.

En la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) Perú 2016, el 68.2 % de las mujeres experimentó alguna forma de violencia por parte de su esposo o compañero, predomina la violencia verbal (64.2%), en la forma de ataques con palabras, insultos calumnias, humillaciones, intimidación, burla, desprecios y otras acciones que reducen el autoestima; violencia física (31.7%), donde es golpeada, empujada, pateada o golpeada por otros, los ataques y la violencia sexual (6.6%) son permanentes y la actividad sexual se realiza con o sin consentimiento ⁽²⁰⁾.

Antecedentes extranjeros:

En el estudio sobre prevalencia de muertes violentas en el distrito de Veracruz, México, en el 2018, en la cual fueron recogidas, desde una base de datos, las variables sociodemográficas y la información forense, después de la autopsia médica legal en caso de muerte violenta. De las muertes violentas, el 83,3% se clasificó como homicidio, de las cuales el 34.3% correspondió al grupo de 21-30 años y el 22.8% al grupo de 31-40 años, en contraste con el suicidio, en el cual la prevalencia más alta fue individuos entre 41 y 50 años de edad ya que alcanzaron alrededor del 33.1%; como mecanismo de muerte, el homicidio está dominado por la asfixia mecánica y el suicidio por el uso de armas de fuego ⁽¹³⁾.

En un estudio sobre las características de muertes violentas ocurrido en el territorio sur de Ciego de Ávila, en el 2013-2017, sobre un total 533 accidentes, 48.3% afectaron a personas entre los 19-34 años en los cuatro municipios, con un aumento en el año 2017. La causa médico legal más común fue la accidental y la causa básica de muerte predominante fue el traumatismo por accidente de tránsito (28.52%); los suicidios fueron principalmente por

ahorcamiento (26.27%) y los homicidios por herida de arma blanca (12.38%)⁽²²⁾.

Según el Sistema Nacional de Reportes de Muertes Violentas (NVDRS) de Estados Unidos, en el 2014, el 61,5% de los suicidios de mujeres se dieron entre los 35 a 64 años. Un análisis separado de los datos de NVDRS de 16 estados, dio como resultado que, de un total de 4470 personas, 3350 fallecieron en un homicidio relacionado con la violencia de género, teniendo como responsable a las parejas sentimentales. Las víctimas de homicidio, como consecuencia de violencia de género incluyeron a miembros de la familia, nuevas parejas íntimas, amigos, conocidos y extraños. Aunque el enfoque principal de este análisis no es necesariamente la identificación de las diferencias de género, este hallazgo puede apoyar la literatura existente de que la mayoría de los perpetradores son hombres y la mayoría de las víctimas son mujeres. Las mujeres víctimas de homicidio suelen ser parejas sexuales anteriores o actuales del sospechoso, y casi las tres cuartas partes de los agresores son hombres. También se investigó las diferencias raciales y étnicas en los homicidios de mujeres: más de la mitad está relacionado con violencia de género. De las mujeres que experimentaron homicidios relacionados con violencia de género, el 11.2% experimentó alguna forma de violencia en el mes anterior a su muerte⁽²³⁾.

Un estudio sobre el suicidio entre mujeres estadounidenses encontró que entre el 2005 y 2016, uno de los principales casos conocidos de NVDRS fue un problema de salud mental (63,2%); antecedentes de suicidio dentro del núcleo familiar (33.5%); problemas con la pareja íntima (26.4%); otros problemas de relación con amigos, parejas no íntimas (15.8%) y problemas con alcohol (15.2%). Las tasas de problema de salud mental, problemas de pareja sexual y problemas de salud circunstancial conocidas no cambiaron significativamente durante el periodo 2005-2016, durante ese periodo de tiempo el porcentaje de mujeres fallecidas por suicidio con antecedentes de intentos de suicidios disminuyó en un 7.7% mientras que los problemas de

abuso de sustancias aumentaron en un 23.6%. Se identificaron tendencias similares en el porcentaje de mujeres fallecidas por suicidio con otros problemas de relación de pareja no íntima. El porcentaje de fallecidos con un problema de pareja íntima disminuyó en un 25% de 2005 a 2010, pero luego aumentó en un 58.3% del 2010 a 2016. El estudio de las tendencias e identificación de las circunstancias más destacadas entre las mujeres fallecidas por suicidio puede ayudar a que los programas de prevención se adapten a diferentes factores y necesidades de diferentes grupos etarios y poblaciones raciales ⁽²⁴⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS:

Violencia

La violencia, que parece haber persistido a lo largo de la historia de la humanidad, está cobrando cada vez más importancia en la actualidad y se ha convertido en un problema de salud pública mundial. Como resultado, la violencia se define en diferentes situaciones, y el informe mundial sobre la violencia y salud de la OMS (2002) define el término violencia de la siguiente manera:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” ⁽²⁵⁾.

Así, entendemos la violencia como un término complejo y peligroso al que se han enfrentado las personas a lo largo de los años. Por eso, es importante subrayar el resultado. Actualmente, Agustín Martínez (2016) sostiene que los criterios pueden variar ampliamente, pero hay algunos que generalmente se notan. Por ejemplo, las víctimas de la violencia pueden clasificarse en las siguientes categorías, según sus criterios de daño o impacto: a) patrimonial o económico, que afecta la actividad patrimonial de las personas o colectivos. b) afectar la integridad sexual de una persona, como acoso sexual o violación.

c) afecta la integridad psicológica, provocando deterioro conductual y cognitivo. d) afecta la integridad física y humana, provocando golpes, fracturas e incluso la muerte ⁽²⁶⁾.

En la sociedad en la q vivimos, la violencia se ha “normalizado” y los atacantes a menudo pueden seguir ejerciendo poder sobre las víctimas indefensas. Sin embargo, a pesar de todo el daño psicológico que pueden causar un ataque, en este estudio nos centraremos en una de las consecuencias no resueltas: la muerte. Esto implica que la causa de muerte violenta comienza con mayor frecuencia consciente o inconscientemente, con la posibilidad de atacarse a uno mismo o a los demás. En otras palabras, la muerte violenta tiene como origen la violencia.

Muerte violenta

Es importante recordar que la muerte se divide en muerte natural y muerte violenta. La muerte natural se debe a una enfermedad o afección que causa un componente orgánico (la que sucede de forma inesperada pero existe un antecedente médico que la justifique) ⁽²⁷⁾. Es causada por ciertas enfermedades y condiciones médicas que conducen al fallo de importantes órganos humanos.

La muerte violenta se da cuando “se sospecha una muerte anormal, hay signos evidentes de violencia y por casualidad, el suicidio o asesinato sospecha una causa extrínseca (por ejemplo, accidentes domésticos, automedicación, intoxicaciones, asesinatos por venenos, etc.). Es decir, no hay antecedentes de enfermedad sino muerte por factores externos invasivos.

La muerte violenta se define con criterios médico-legales como la que se debe a un mecanismo accidental, suicida u homicida, es decir, que tiene un origen externo. Por tanto, según Gonzales y colaboradores (2018), consideran la muerte violenta de la siguiente manera: *“La consecuenta de proceso violento propio (por ejemplo, suicidio) o ajeno (ya sea por una persona, por ejemplo,*

una agresión, o por un objeto o circunstancia, por ejemplo, un accidente de tráfico, una precipitación, un accidente laboral, accidente por fenómeno de la naturaleza, tecnológico, etc.). Es habitual la presencia de lesiones y signos traumáticos externos en el cadáver”⁽²⁸⁾.

Entonces, como dice el autor, una de las características clave de una muerte violenta es que ocurre inesperadamente debido a agresiones, conductas violentas o circunstancias. Estas pueden ser por agresión a uno mismo (suicidio), agresión realizada por una tercera persona (homicidio), o por una circunstancia violenta y trágica (accidente de tránsito). Por ello, se han identificado las principales características de estos tres tipos de muerte violenta.

Suicidio

El suicidio en los últimos años ha aumentado a nivel mundial, por lo que es importante analizar la situación. "En muchas partes del mundo, el suicidio está estigmatizado, lo que significa que ha sido criticado por razones religiosas o culturales, y en algunos países se considera como delito ⁽²⁰⁾.

Aspectos destacados: Etimológicamente, suicidio proviene del latín: sui (si mismo) cidium (matar), "atentado contra la propia vida", "matar-se". Los griegos lo describieron como autokeiriade autos: uno mismo y keiros: mano. Significa la muerte de su propia elección, es decir, la muerte hecha con sus propias manos. Mientras, según la OMS, "el suicidio se define como suicidio intencional". Su prevalencia y método de uso varían de un país a otro" ⁽²⁹⁾.

El suicidio puede ser causado por una variedad de factores, incluidos problemas familiares, escolares, laborales y emocionales. Estos, a su vez, incluyen situaciones emocionales que el individuo no puede afrontar, lo que lo lleva al suicidio.

Clasificación de suicidios

Emile Durkheim (2013) en su libro “El suicidio”, habla sobre la clasificación de los suicidios basándose en la concepción (reglas esenciales) de Jousset y Moreau de Tours, se menciona así cuatro clases, las mismas que intentan acotar los más significativos⁽³⁰⁾:

- I. Suicidio maniático. Ocurre debido a alucinaciones y delirios. El paciente se suicida para escapar del peligro imaginario y la vergüenza, o para obedecer órdenes misteriosas recibidas desde arriba.
- II. Suicidio melancólico. Está relacionado con el estado general de depresión extrema, dolor extremo y la falta de comprensión seria del paciente de su conexión con las personas y las cosas que lo rodean.
- III. Suicidio obsesivo. En este caso, el suicidio no se debe a motivos reales o imaginarios, sino al estereotipo de la muerte.
- IV. Suicidio impulsivo o automático. Está menos motivado que su predecesor. Falta de propósito en la realidad y la imaginación del paciente.

En consecuencia, la conducta suicida es multifactorial, con factores psicológicos (enfermedad mental), factores sociales (consumo de drogas) y factores culturales (violencia) que influyen en el momento en que una persona decide suicidarse.

Homicidio

El homicidio “es la privación de la vida provocada injustamente por una persona a otra” ⁽³¹⁾. Este es uno de los problemas más graves del mundo. El aumento de los homicidios en los últimos años ha causado muchos problemas

en el entorno social, demográfico y de salud pública ⁽³²⁾. Es importante recordar que el homicidio es uno de los indicadores más relevantes para medir el nivel de violencia en un país ⁽³³⁾.

Recordemos que un “homicidio tiene un impacto fatal no solo en la víctima sino también en la familia y la comunidad, que puede considerarse una víctima secundaria”. Así, el homicidio tiene un impacto emocional, social y económico en quienes forman parte de la familia ⁽³¹⁾.

Clasificación de homicidio

El homicidio tiene 5 clases generales atendiendo el elemento subjetivo del agente ⁽³⁴⁾:

- I. Homicidio doloso: Cuando la víctima tiene la intención positiva de especular que está muerta, es decir, el sujeto activo tiene la capacidad de desear y comprender sus acciones y las consecuencias de la muerte como resultado.
- II. Homicidio negligente u homicidio involuntario: también llamado homicidio culposo o negligente. Se conocían las consecuencias que amenazaban la vida, pero aunque se consideraban prevenibles, fracasaron. Esto también sucede si se ignora el resultado permanente, pero aun así se elimina. La pena en este caso surge al amparo de la obligación de que cada uno debe abstenerse de dañar al otro, y la intención letal o los actos sin omisión son perseguidos en el derecho penal.
- III. Homicidio preterintencional: Menciona que las intenciones de los fallecidos son omnipresentes. Originalmente quería atormentarse a sí mismo, pero desafortunadamente esto lo llevó a la muerte. Por ejemplo, si solo quieres golpear a alguien y lastimarlo y terminas matándolo. El homicidio involuntario se ha visto como una mezcla entre el dolor y la culpa. Dolor ante la acción y culpa ante las consecuencias.

- IV. Homicidio simple: aquél que se comete a falta de los cuatro agravantes, que son premeditación, alevosía, ventaja y traición.
- V. Homicidio calificado: la calificación de los homicidios se subdivide en
 - a. Calificación por agravación o agravado
 - b. Calificado por atenuación o atenuado

Accidentes de tránsito

Los accidentes de tráfico se consideran muertes violentas derivadas de situaciones trágicas. La autora Natalia Constante (2017) menciona que: Un accidente de tráfico, accidente de tránsito, accidente vial o siniestro automovilístico son sucesos inesperados que nada tienen que ver con factores humanos que alteran el flujo normal o esperado del tráfico en la vía. Sobre todo, es un evento inesperado que causa daños a una persona o cosa por parte de un agente no intencionado ⁽³⁵⁾.

Los accidentes se consideran el resultado de situaciones inesperadas y violentas. La OMS trabaja con socios gubernamentales y no gubernamentales de todo el mundo para promover buenas prácticas como la prevención de accidentes de tráfico, el uso de cascos y cinturones de seguridad y no conducir ebrio. Conducir con seguridad evita el exceso de velocidad ⁽³⁶⁾.

Según el Artículo 2° del Reglamento Nacional de Tránsito en el Perú, el accidente de tránsito viene a ser un “evento que cause daño a personas o cosas, que se producen como consecuencia directa de la circulación de vehículos ⁽³⁷⁾.

Las muertes por accidentes de tránsito siguen siendo un grave problema de salud pública, con la tasa de mortalidad más alta por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos bajos y medianos ⁽²⁷⁾.

Accidente laboral

Los accidentes laborales o accidentes de trabajo son la causa más importante de lesiones a la salud como consecuencia de la realización de las actividades laborales. Aunque cada vez se hace más hincapié en su prevención ⁽³⁸⁾.

Estos accidentes laborales, vienen a ser parte de una realidad que preocupa a nivel mundial y que, pese a los esfuerzos por la implementación de una serie de medidas políticas públicas desde los diferentes gobiernos, no se han podido menguar las cifras de morbilidad a causa de estos accidentes; por lo que se debe hacer énfasis en la realización de mejores sistemas, que de esta manera permitan asegurar “la vida, salud e integridad de los distintos trabajadores” ⁽⁴⁴⁾

Se debe tener en cuenta que cada día según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), anualmente fallecen alrededor de 2.78 millones de personas a nivel mundial a causa de los accidentes laborales o enfermedades relacionadas al trabajo, por lo que es importante que su abordaje sea integral para poder prevenir este tipo de sucesos ⁽⁴⁵⁾

2.3 HIPÓTESIS

La presente investigación al ser de un corte netamente descriptiva no cuenta con una hipótesis.

2.4 VARIABLES

El presente es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

2.5 DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Variables del presente estudio con su definición de conceptos operacionales:

- Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento y registrado en su Documento Nacional de Identidad (DNI)
- Nivel de instrucción: Es el grado de educación más elevado de estudios realizados y/o en curso de una persona, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos
- Departamento: Tipo de entidad subnacional, que se demarca por costumbres, cultura y política
- Estado civil: Se refiere a la posición o calidad permanente que ocupa un individuo dentro de la sociedad, otorgándoles ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles.
- Tipo de seguro médico: Es aquel que va a cubrir las asistencias médicas del asegurado.
- Registro de necropsia: Es el registro del examen técnico científico, externo e interno que se le realiza a un cadáver para poder determinar la causa de la muerte
- Mes del año: Es cada uno de los 12 periodos de tiempo en un año
- Tipo de muerte violenta: Condición en la que la mujer falleció.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo De Investigación

El presente estudio es observacional, descriptivo de corte transversal. Se considera de esta manera debido a que no se manipularán las variables de interés y se describirá el fenómeno estudiado en un determinado momento.

3.1.2 Nivel de investigación

Descriptivo

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del presente proyecto de investigación fueron todas las mujeres fallecidas por muerte violenta e inscritas en el SINADEF durante los años 2017 a 2020. El muestreo final del presente trabajo fue censal ya que se tiene los datos registrados de todos los casos de muerte violenta en mujeres durante los años 2017 a 2020.

Criterios de inclusión: Mujeres fallecidas entre los años 2017 a 2020 a causa de muerte violenta, hayan sido registradas en el SINADEF y que cuenten con las variables de interés.

Criterios de exclusión: Mujeres fallecidas entre los años 2017 a 2020 a causa de muerte violenta, hayan sido registradas en el SINADEF con registro incompleto.

3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información fue desde los datos contenidos en el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). Esta base de datos es de acceso libre y se encuentra disponible en formato CSV (.csv), y puede ser analizada en diferentes programas estadísticos. Al obtener los datos del sistema nacional, la cobertura abarca a los 24 departamentos del Perú y a la Provincia Constitucional del Callao, la información brindada abarca datos sociodemográficos y legales, estando disponibles en REUNIS (<http://www.minsa.gob.pe/reunis/>). Previamente se observó el estudio de Roman-Lazarte, V. *et al*, en el cual hacen uso de la base de datos secundaria con un análisis estadístico de las variables requeridas para el estudio ⁽³⁹⁾

3.4 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS

Se extrajeron los datos de interés de la base de datos de acceso libre del SINADEF en formato del programa Microsoft Excel 2016. Los datos fueron analizados por medio del software estadístico STATA v.14 (Stata Corp., Estados Unidos).

Se emplearon medidas de tendencia central y dispersión para las variables de numéricas; medidas de frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Además, para las variables de interés se utilizaron medidas de asociación según fue conveniente.

Para el cálculo de las tasas de mortalidad por suicidio por departamento, se usó la estandarización recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales se

encuentran ajustadas por grupo etario, sexo mediante un coeficiente, los resultados obtenidos fueron expresados en número de casos/100.000 habitantes. Finalmente, para la elaboración de tablas y figuras se usó el programa Microsoft Excel 2016.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista (Resolución N°: 305-2022-CIEI-UPSJB). Del mismo modo, este estudio parte de una base de datos secundaria disponible para la población general (<https://www.minsa.gob.pe/defunciones/>); los datos que se obtuvieron de esta base de datos fueron tratados con confidencialidad y según la codificación que mantiene el SINADEF. No fue necesario solicitar el permiso, autorización o consentimiento informado a ninguna autoridad o familiar de los incluidos en este estudio.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Se realizó el análisis de los datos de mujeres fallecidas a causa de una muerte violenta durante los años 2017 a 2020. Se analizaron un total de 4399 mujeres fallecidas durante estos años, teniendo un mayor número de fallecidas el 2019 (N=1658) y un menor número de fallecidas el 2020 (N=1211). El promedio de edad de las fallecidas fue de 38.09 ± 24.73 años. Se estratificó las edades de las fallecidas de acuerdo al grupo propuesto por la OMS para la realización de la estandarización de tasas, de acuerdo a esta estratificación se observó que el mayor número de fallecidas estuvo en los grupos de ≥ 65 años con 1115 muertes (18.92%) y el de 30 a 44 años con 1114 muertes (18.91%). El tipo de muerte violenta más común fueron los accidentes de tránsito con 2068 muertes (35.10%), seguido del suicidio con 678 muertes (10.52%); sin embargo, en el presente estudio se pudo conocer que 2495 muertes (42.35%) no fueron clasificadas y/o pertenecieron a otro grupo de muerte violenta. Entre las fallecidas se pudo conocer que en su mayoría eran solteras 3713 (63.02%) y contaban con secundaria completa 1160 (19.69%). También se pudo determinar que del total de muertes violentas en mujeres se realizaron 4488 (75.49%) necropsias de ley, 3278 (55.63%) contaban con un seguro de salud. Los meses en los cuales ocurren el mayor número de muertes violentas en mujeres fueron: Diciembre, Enero y Febrero, por el contrario en Abril, Mayo y Junio ocurren menos decesos (TABLA 1) (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN POR MESES DE LAS MUERTES VIOLENTAS EN MUJERES

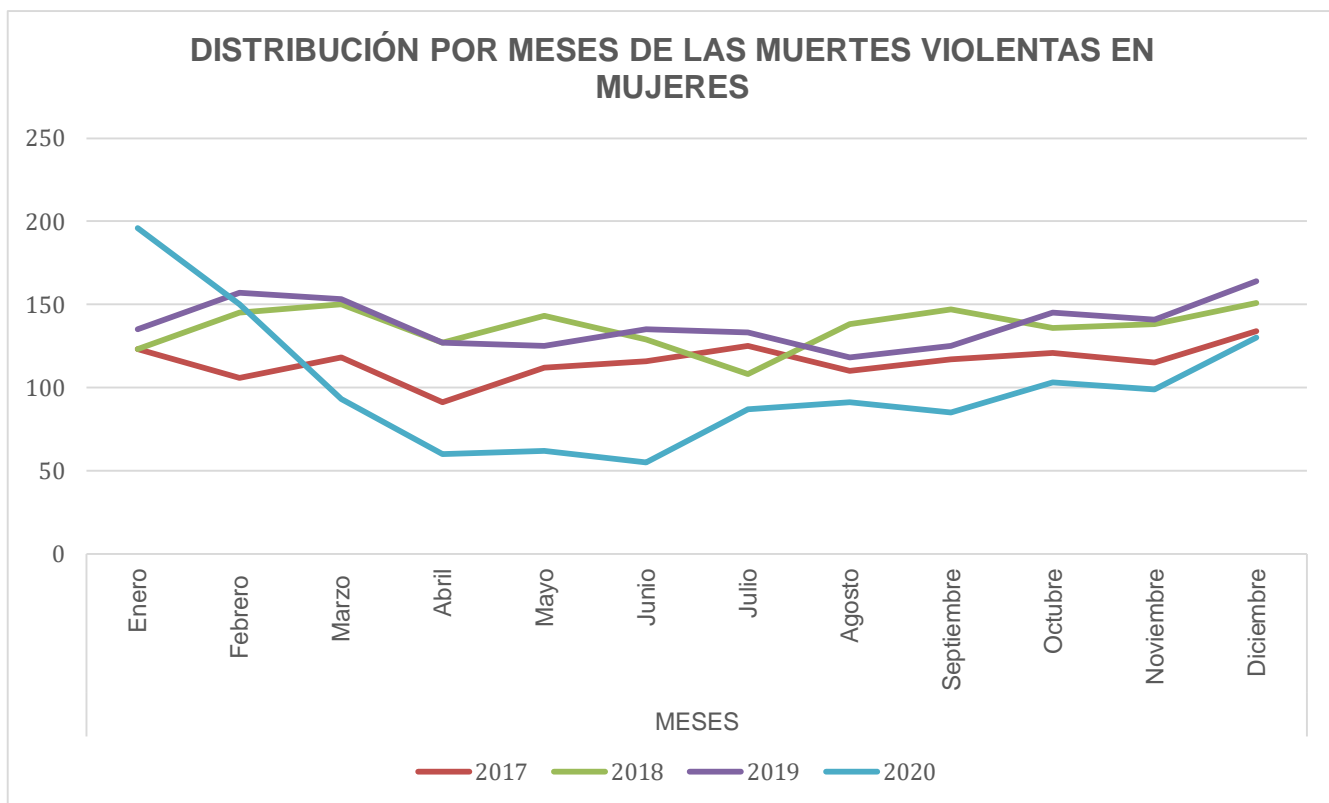


TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES (N=235801)

	N(%)	M±DE	2017 (N=1388)	2018 (N=1635)	2019 (N=1658)	2020 (N=1211)
Edad		38.09 ± 24.73	38.19 ± 25.33	38.91 ± 25.29	39.16 ± 24.49	35.44 ± 23.37
Grupo etarios						
0-9 años	725 (12.30)		171 (12.32)	209 (12.78)	185 (11.16)	160 (13.21)
10-14 años	315 (5.35)		78 (5.62)	92 (5.63)	70 (4.22)	75 (6.19)
15-19 años	559 (9.49)		133 (9.58)	143 (8.75)	155 (9.35)	128 (10.57)
20-29 años	994 (16.87)		236 (17.00)	255 (15.60)	286 (17.25)	217 (17.92)
30-44 años	1114 (18.91)		261 (18.80)	296 (18.10)	321 (19.36)	236 (19.49)
45-64 años	1070 (18.16)		242 (17.44)	319 (19.51)	299 (18.03)	210 (17.34)
≥65 años	1115 (18.92)		267 (19.24)	321 (19.63)	342 (20.63)	185 (15.28)
Tipo de muerte violenta						
Homicidio	620 (10.52)		135 (9.73)	160 (9.79)	178 (10.74)	147 (12.14)
Suicidio	678 (11.51)		140 (10.09)	169 (10.34)	202 (12.18)	167 (13.79)
Accidente de trabajo	31 (0.51)		11 (0.79)	11 (0.67)	6 (0.36)	3 (0.25)
Accidente de tránsito	2068 (35.10)		517 (37.25)	605 (37.00)	589 (35.52)	357 (29.48)
No se conoce/Otro	2495 (42.35)		585 (42.15)	690 (42.20)	683 (41.19)	537 (44.34)
Estado civil						
Soltero	3713 (63.02)		791 (56.99)	1041 (63.67)	1077 (64.96)	804 (66.39)
Casado/Conviviente	1247 (21.16)		352 (25.36)	338 (20.67)	355 (21.41)	202 (16.68)
Divorciado/Separado	72 (1.22)		18 (1.30)	21 (1.28)	21 (1.27)	12 (0.99)
Viudo	198 (3.36)		75 (5.40)	51 (3.12)	52 (3.14)	20 (1.65)
Sin registro	662 (11.24)		152 (10.95)	184 (11.25)	153 (9.23)	173 (14.29)
Nivel de instrucción						

Ningún nivel/Iletrado	944 (16.02)	236 (17.00)	277 (16.94)	257 (15.50)	174 (14.37)
Inicial/Pre-escolar	84 (1.43)	16 (1.15)	28 (1.71)	24 (1.45)	16 (1.32)
Primaria incompleta	745 (12.64)	188 (13.54)	220 (13.46)	195 (11.76)	142 (11.73)
Primaria completa	567 (9.62)	140 (10.09)	166 (10.15)	140 (8.44)	121 (9.99)
Secundaria incompleta	777 (13.19)	177 (12.75)	216 (13.21)	218 (13.15)	166 (13.71)
Secundaria completa	1160 (19.69)	263 (18.95)	305 (18.65)	349 (21.05)	243 (20.07)
Superior incompleta	390 (6.62)	77 (5.55)	120 (7.34)	111 (6.69)	82 (6.77)
Superior completa	524 (8.89)	123 (8.86)	135 (8.26)	175 (10.55)	91 (7.51)
Sin registro	701 (11.90)	168 (12.10)	168 (10.28)	189 (11.40)	176 (14.53)
Necropsia					
No realizaron necropsia	1067 (18.11)	116 (10.87)	258 (24.18)	388 (36.36)	305 (28.58)
Sí realizaron necropsia	4488 (75.49)	1029 (23.13)	1245 (27.99)	1268 (28.51)	906 (20.37)
No se conoce	377 (6.40)	243 (64.46)	132 (35.01)	2 (0.53)	0
Tipo de seguro					
SIS	2209 (37.49)	399 (18.06)	617 (27.93)	663 (30.01)	530 (23.99)
ESSALUD	701 (11.90)	130 (18.54)	219 (31.24)	225 (32.10)	127 (18.12)
Sanidades de fuerzas armadas	45 (0.75)	5 (11.11)	14 (31.11)	15 (33.33)	11 (24.44)
Privados	231 (3.92)	52 (22.51)	76 (32.90)	68 (29.44)	35 (15.15)
Sin registro	2614 (44.37)	763 (29.19)	682 (26.09)	675 (25.82)	494 (18.90)
Otros	92 (1.56)	39 (42.39)	27 (29.35)	12 (13.04)	14 (15.22)

Al realizar la estandarización por tasas sugerida por la OMS se encontró que en el año 2017 ocurrieron el mayor número de muertes violentas en Huancavelica (18.75%), Junín (11.38%) y Huánuco (10.18%), los departamentos con menor tasa de muerte violenta fueron; Ucayali (1.07%), San Martín (1.11%) y Piura (1.43%). Para el año 2018 el departamento con mayor tasa de muerte violenta en mujeres fue Cusco (12.94%) y el de menor tasa fue Ucayali (1.01%). En el 2019 se encontró que Madre de Dios (14.21%) fue el departamento con mayor tasa de muerte violenta y Piura (1.54%) fue el departamento con menor tasa de muerte violenta; por último, para el año 2020 se observó que Madre de Dios (15.98%) fue el departamento con mayor tasa de muerte violenta en mujeres y Ucayali (0.34%) fue el departamento con menor tasa de muerte violenta en mujeres (TABLA 2).

Del mismo modo al revisar la tendencia en los años 2017 y 2020 se pudo observar que Huancavelica y Madre de Dios tuvieron una tendencia en alza y por el contrario Ucayali y Loreto tuvieron una tendencia a la baja en las tasas de muertes violentas en mujeres (TABLA 2).

Departamento	2017		2018		2019		2020	
	Población	Tasa	Población	Tasa	Población	Tasa	Población	Tasa
Amazonas	417364	3.71	425829	1.44	427041	3.22	426806	1.56
Ancash	1139115	5.17	1166182	5.74	1171756	6.51	1180638	4.03
Apurímac	424260	7.83	464584	8.26	466936	12.74	430736	8.10
Arequipa	1460432	7.89	1329802	9.03	1350676	11.28	1497438	6.99
Ayacucho	650940	3.01	711058	7.22	718634	5.46	668213	7.29
Cajamarca	1427527	1.49	1540004	1.15	1543104	2.56	1453711	2.61
Callao	1046953	1.48	1053029	3.72	1067815	4.58	1129854	2.7
Cusco	1315221	7.72	1338898	12.94	1346373	10.01	1357075	8.41
Huancavelica	367253	18.75	505498	12.73	509117	9.67	336296	10.18
Huánuco	759962	10.18	878249	11.41	889134	5.67	760273	6.45
Ica	893292	3.55	810213	6.09	817965	6.83	975182	4.21
Junín	1316865	11.38	1379937	10.27	1389850	8.86	1361467	7.17
La Libertad	1888973	2.97	1928197	5.23	1956389	5.37	2016771	3.08
Lambayeque	1244821	4.46	1290617	3.39	1300720	1.77	1310785	0.88
Lima	11107695	2.99	10298159	4.03	10458367	3.95	10628407	2.61
Loreto	981897	1.79	1068132	1.06	1077831	2.07	1027559	1.62
Madre de Dios	161205	8.69	146856	10.89	150181	14.21	173811	15.98
Moquegua	182017	5.99	186036	6.14	187941	9.06	192740	6.7
Pasco	272136	6.55	310578	3.58	312777	4.93	271914	6.46
Piura	1929971	1.43	1887210	1.54	1901896	1.54	2047954	1.7
Puno	1226937	6.34	1456989	6.59	1471405	8.04	1237997	5.98
San Martín	862458	1.11	873593	2.89	884795	2.98	899648	2.01
Tacna	349056	7.26	354158	11.49	358314	8.22	370974	5.12
Tumbes	234699	7.15	246050	2.87	248877	3.19	251521	3.33

Ucayali		548998		1.07		512376		1.01		518190		3.26		589110		0.34
---------	--	--------	--	------	--	--------	--	------	--	--------	--	------	--	--------	--	------

TABLA 2. ESTANDARIZACIÓN POR TASAS DE LAS MUERTES VIOLENTAS EN MUJERES

4.2 DISCUSIÓN

Los casos de muerte violenta en las mujeres van en incremento, además afectan a todas las clases sociales y constituyen una violación a los derechos humanos ⁽⁴⁰⁾. Se ha podido observar que en América Latina las tasas más altas de este fenómeno ocurren en Honduras, República Dominicana y El Salvador. En el presente estudio hemos podido determinar que la tendencia de muertes violentas en mujeres ha ido en descenso de un total de casos de 1658 en el 2019 a 1211 casos en el 2020; posiblemente la disminución de casos pueda deberse a los efectos de la pandemia, según el Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú, muchas mujeres no pudieron denunciar los actos de violencia contra ellas debido al estado de emergencia, ya que las comisarías no atendían denuncias que no sean de delitos en flagrancia ⁽⁴⁷⁾

En este trabajo se pudo determinar dos grupos de edades de mujeres con mayor afectación, las que se encuentran entre los 30 a 44 años y las mayores de 65 años. Este resultado difiere de los obtenidos por Casana *et al*, quienes mencionan que en el Callao el grupo etario más afectado por muerte violenta en mujeres fue el de 30 a 59 años, donde alcanzaban aproximadamente el 43%⁽¹⁷⁾.

Se pudo observar que en el presente estudio la causa de muerte violenta más común fue el accidente de tránsito, estos resultados concuerdan con distintos estudios que fueron realizados en Colombia y México; sin embargo, difiere con un estudio presentado en Argentina donde mencionan que la causa más común de muerte violenta en mujeres fue el homicidio ⁽⁴¹⁾.

Se debe tener en cuenta que en los casos de muertes violentas la necropsia de ley se realiza de forma obligatoria y por disposición de la autoridad encargada de la investigación ⁽⁴²⁾; sin embargo, en el presente estudio se registraron un número considerable de casos que no cursaron con una necropsia de ley, lo que puede llegar a obstruir las futuras investigaciones.

Este dato hallado concuerda con lo encontrado sobre el tipo de muerte violenta donde el 42.35% de las muertes violentas de mujeres no tenían una adecuada categorización y figuraban como la variable “no se conoce u otro tipo de muerte violenta”. Se ha podido determinar que en muchas ocasiones la falta de realización de una necropsia de ley en marco de este tipo de muertes se debe a las pocas plazas asignadas a médicos legales, por lo cual se complica la realización de esta tarea ⁽⁴⁷⁾.

Se halló en el presente estudio que en el 63.02% del total de muertes violentas en mujeres el estado civil era de solteras; se ha podido encontrar en algunas investigaciones que las mujeres más expuestas a las agresiones y violencia son aquellas que se encuentran separadas y/o solteras ⁽⁴⁸⁾, por lo que es un dato que apoya al presente estudio.

También se pudo encontrar en el presente estudio que las mujeres sin nivel educativo tenían mayor prevalencia de una muerte violenta (16.02%); esto puede deberse a que el mayor número de las muertes violentas en mujeres ocurren en los departamentos con menor índice de desarrollo del Perú, donde la cual la educación y el machismo son limitaciones en el desarrollo de estas personas.

En nuestro estudio los departamentos con mayor tasa de muertes violentas en mujeres fueron Huancavelica, Huánuco y Junín; esto coincide con el informe presentado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ⁽⁴³⁾; sin embargo, las causas sociales que ayudan a emerger este tipo de violencia aún se encuentran en estudio. También se ha podido observar que en distintos informes, los departamentos con menor índice de desarrollo son los que cuentan con una tasa mayor de violencia ya sea en hombres y/o en mujeres, esta idea también se asemeja con nuestros resultados del tipo de seguro encontrado en el presente estudio, ya que se observó una mayor prevalencia en mujeres que contaban con el Seguro Social Integral, el cual es aplicable a toda la población que se encuentra en un estado de pobreza y/o pobreza extrema, también se pudo hallar un categorización de sin registro,

esto puede deberse a la poca presencia del Estado en estas zonas y con ello la poca representación de sus oficinas administrativas ⁽⁴⁹⁾.

Es importante la continuidad en esta línea de investigación, esto debido a las diferentes implicancias y conclusiones que se pueden obtener, lo que puede ayudar a la creación de medidas preventivas por parte de las autoridades competentes. A pesar de las limitaciones y sesgos presentes en este estudio, cuenta con distintas fortalezas, ya que los resultados presentados quedan como prueba y necesidad de seguir realizando investigación en esta línea de investigación para la posible posterior creación de lineamientos que ayuden a disminuir la mortalidad violenta en las mujeres.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Se puede concluir en este estudio que los departamentos con un índice de desarrollo por debajo del promedio nacional son los que tienen una mayor tasa de mortalidad violenta en las mujeres, del mismo modo se puede mencionar que más de la mitad de mujeres muertas por causas violentas superan los 30 años de edad, es decir, se acorta significativamente su expectativa de vida lo que representa un elevado costo social y familiar. de 30 a 44 años y las adultas mayores son las que tienen una mayor tasa de muertes violentas en el Perú.

5.2 RECOMENDACIONES

Se debe considerar realizar tareas de prevención continua en estos temas para ayudar a concientizar a la población general y de este modo disminuir las tasas de muertes violentas en las mujeres.

Se recomienda la continuación de estudios de este tipo para poder tener un panorama más amplio acerca de la mortalidad violenta en las mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Jaén C, Rivera S, Amorín E, Rivera L. Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y factores asociados. Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Science Direct. 2015; 5(3):2224-2239.
2. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la Mujer. Washington. OPS. 2018.
3. Instituto Nacional de Estadística. 63 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad fue víctima de violencia familiar alguna vez en su vida por parte del esposo o compañero. Lima. INEI. 2019.
4. Organisation mondiale de la santé, editor. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002
5. Palomo Rando JL, Ramos Medina V, Cruz Mera E de la, López Calvo AM. Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (Parte I). Cuad Med Forense. diciembre de 2010;16(4):217-29.
6. Sumner SA, Mercy JA, Dahlberg LL, Hillis SD, Klevens J, Houry D. Violence in the United States. JAMA. 4 de agosto de 2015;314(5):478-88.
7. Carr MJ, Mok PLH, Antonsen S, Pedersen CB, Webb RT. Self-harm and violent criminality linked with parental death during childhood. Psychol Med. mayo de 2020;50(7):1224-32.
8. Steenkamp M, Frazier L, Lipskiy N, Deberry M, Thomas S, Barker L, et al. The National Violent Death Reporting System: an exciting new tool for public health surveillance. Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev. Diciembre de 2006 ;12 Suppl 2 : ii3-5.
9. Petrosky E, Ertl A, Sheats KJ, Wilson R, Betz CJ, Blair JM. Surveillance for Violent Deaths - National Violent Death Reporting System, 34 States, Four California Counties, the District of Columbia, and Puerto Rico, 2017. Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC 2002. 4 de diciembre de 2020;69(8):1-37.
10. Piña-Tornés A, González-Longoria L, González-Pardo S, Acosta-González A, Vintimilla-Burgos P, Paspuel-Yar S. Mortalidad por accidentes de tránsito en Bayamo, Cuba 2011. Rev Peru Med Exp Salud Pública. octubre de 2014;31(4):721-4.
11. Aleman A, Colistro V, Colomar M, Cavalleri F, Alegretti M, Buglioli M. Global burden of disease among teenagers in Uruguay and its comparison with Latin America and the Caribbean. Cienc Saude Coletiva. Septiembre de 2018;23(9):2813-20.
12. Calazans JA, Queiroz BL. The adult mortality profile by cause of death in 10 Latin American countries (2000-2016). Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health. 2020;44:e1.

13. Bilal U, Hessel P, Perez-Ferrer C, Michael YL, Alfaro T, Tenorio-Mucha J, et al. Life expectancy and mortality in 363 cities of Latin America. *Nat Med.* marzo de 2021;27(3):463-70.
14. Refugees UNHC for. Refworld | The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence [Internet]. Refworld. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/548165c94.html>
15. Infographic: Violence against women [Internet]. UN Women. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violence-against-women>
16. Lorena FG. La violencia en el Perú 2015. *An Fac Med.* 24 de junio de 2016;77(2):153-61.
17. Casana-Jara KM. Características de la muerte de mujeres por violencia según las necropsias realizadas en la morgue del Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 28 de agosto de 2020; 37:297-301.
18. Lucin Cagua Z. Análisis del maltrato contra la mujer y propuesta de una campaña de sensibilización y comunicación en la cooperativa Nelson Mandela de la isla Trinitaria, ciudad de Guayaquil. [Tesis de bachiller]: Universidad de Guayaquil. Facultad de Comunicación Social. Guayaquil: 2014.
19. SINADEF : Sistema Informático Nacional de Defunciones - Ministerio de Salud [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/defunciones/>
20. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
21. Bandala-Díaz ME, Melo-Santiesteban G, Aguirre-Gutiérrez A. Prevalencia de muertes violentas en el Distrito Judicial X de Veracruz, México. *Rev Mex Med Forense Cienc Salud.* 6 de agosto de 2019;3(1):19-26.
22. Pérez VP, Suárez NB, Mendoza DM. Características de las muertes violentas ocurridas en el territorio sur de Ciego de Ávila en el quinquenio 2013-2017. *MediCiego.* 3 de junio de 2019;26(1):1374.
23. Ivey-Stephenson AZ, Blair JM, Crosby AE. Efforts and Opportunities to Understand Women's Mortality Due to Suicide and Homicide Using the National Violent Death Reporting System. *J Womens Health* 2002. Septiembre de 2018;27(9):1073-81.
24. Crosby AE, Ertl A, Lyons BH, Ivey-Stephenson AZ, Jack SPD. Circumstances Associated With Suicides Among Females—16 States, United States, 2005–2016. *Med Care.* febrero de 2021;59:S92.

25. Organisation mondiale de la santé, editor. Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2004.
26. Martínez Pacheco A. La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. Política Cult. Diciembre de 2016;(46):7-31.
27. Caso Espinoza Gonzales VS. Perú (Violencia de género - Discriminación) [Internet]. Consejo de Derechos Humanos. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://cdh.defensoria.org.ar/normativa/caso-espinoza-gonzales-vs-peru-violencia-de-genero-discriminacion/>
28. González M, Arteaga Ramírez I, Vega Hernández D, Rodríguez González O. Caracterización de las muertes violentas ocurridas en Cienfuegos en el año 2012. MediSur. abril de 2014;12(2):377-82.
29. Alfaro AC, Medina RS, Larín SS. Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. Rev Cuba Med Gen Integral. 2019;35(4):1-14.
30. Neira H, Neira H. Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. Cinta Moebio. septiembre de 2018;(62):140-54.
31. Ybáñez Zepeda E, Yanes Pérez M, Ybáñez Zepeda E, Yanes Pérez M. Homicidio y marginación en los municipios urbanos de los estados más violentos de México, 2000-2005. Estud Demográficos Urbanos. agosto de 2013;28(2):291-322.
32. González-Pérez GJ, Vega-López MG. Homicidio juvenil en México y su impacto en la esperanza de vida masculina: variaciones geográficas y factores asociados. Salud Colect. 23 de mayo de 2019;15:e1712.
33. Meneses-Reyes R, Fondevila G. Procesos y estructuras de una muerte violenta: homicidios en la Ciudad de México. Papeles Poblac. diciembre de 2012;18(74):01-20.
34. Wilenmann von Bernath J, Albert-Ludwig I. El sistema de graduación de la pena del homicidio en el derecho chileno. Política Crim. 2016;11(22):721-65.
35. Constante Tipán N. Accidentes de tránsito producidos por imprudencia y negligencia de conductores y peatones en la avenida Simón Bolívar del DMQ, Año 2016. Universidad Central del Ecuador. Proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Abogada. Carrera de Derecho. Quito: 2017.
36. Organización Mundial de la Salud. Traumatismos causados por el tránsito [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
37. Revollo Chavez OA. Accidentes de tránsito y seguridad vial en los pobladores de Lima Metropolitana. Universidad Peruana de Ciencias e informática. [Tesis de Bachiller]. Lima: 2020.

38. Organización Mundial de la Salud. La OMS y la OIT alertan de que las jornadas de trabajo prolongadas aumentan las defunciones por cardiopatía isquémica o por accidentes cerebrovasculares. [Internet]. Disponible en : <https://www.who.int/es/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo>
39. Roman-Lazarte V, et al. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. Rev Colomb Psiquiat. 2021.
40. Estrada H. Violencia contra la mujer y feminicidio en el Perú. Informe temático. Lima: Congreso de la República del Perú; 2015. Acceso: 06/02/2017.
41. Serfaty E, Foglia V, Masaútis A, Negri G. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10-24 años Argentina 1991 - 2000. Rev. Vertex. [Internet]. 2003; 14(2): 40-48.
42. Di Maio V, Dana S. Manual de patología forense. Austin, Texas. M.D. Press; 1998.
43. Resumen estadístico de casos de feminicidio y tentativa a nivel nacional XX. 2016. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Acceso: 06/02/2017. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=33>
44. Diaz Dumont J, et al. Accidentes laborales en el Perú: Análisis de la realidad a partir de datos estadístico. Revista Venezolana de Gerencia, 2020, vol. 25, núm. 89, ISSN: 1315-9984
45. Organización Internacional del Trabajo. (2020), Más de un millón de muertos en el trabajo cada año. Recuperado de: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008562/lang--es/index.htm%20Consultado.%20Consultado%20en%2005/05/2017
46. Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Beatriz Ramírez: “Muchas mujeres al ir a las comisarías les señalaron que por la pandemia no atienden denuncias que no sean de delitos en flagrancia”. Lima, Perú. 2020. Recuperado de: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/entrevistas/beatriz-ramirez-muchas-mujeres-al-ir-a-las-comisarias-les-senalaron-que-por-la-pandemia-no-atienden-denuncias-que-no-sean-de-delitos-en-flagrancia>
47. Defensoría del Pueblo-Perú. Instituto Nacional De Medicina Legal debe dotar de más personal a división de La Libertad. Lima, Perú. 2021. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo->

[instituto-nacional-de-medicina-legal-debe-dotar-de-mas-personal-a-division-de-la-libertad/](#)

48. Vives-Cases C, et al. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. Gaceta Sanitaria. 2009; 23 (5), 410-414. doi: 10.1590/S0213-91112009000500009.
49. Observatorio Nacional de Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. Mujeres rurales en el Perú: población vulnerable a la violencia. Lima, Perú. 2019. Recuperado de: <https://observatorioviolencia.pe/desigualdad-y-violencia-hacia-las-mujeres-rurales-en-el-peru/>

ANEXOS

ANEXO N°1: INSTRUMENTO – FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



VARIABLES DE INTERÉS A RECOLECTAR:

- Edad: _____

- Nivel de instrucción:
 - a. Ningún/Iletrado ()
 - b. Inicial/Pre-escolar ()
 - c. Primaria incompleta ()
 - d. Primaria completa ()
 - e. Secundaria incompleta ()
 - f. Secundaria completa ()
 - g. Superior incompleta ()
 - h. Sin registro ()

- Departamento:
 - a. Amazonas ()
 - b. Ancash ()
 - c. Apurímac ()
 - d. Arequipa ()
 - e. Ayacucho ()
 - f. Cajamarca ()
 - g. Callao ()
 - h. Cusco ()
 - i. Huancavelica ()
 - j. Huánuco ()
 - k. Ica ()
 - l. Junín ()
 - m. La Libertad ()
 - n. Lambayeque ()
 - o. Lima ()
 - p. Loreto ()
 - q. Madre de Dios ()
 - r. Moquegua ()

s. Pasco ()

u. Puno ()

w. Tacna ()

y. Ucayali ()

t. Piura ()

v. San Martín ()

x. Tumbes ()

- Estado civil:

a. Soltero ()

c. Separado o divorciado ()

e. Sin registro ()

b. Casado o conviviente ()

d. Viudo ()

- Tipo de seguro médico

a. SIS ()

c. Sanidad de las FFAA ()

e. Ignorado/Sin registro ()

b. EsSalud ()

d. Seguros privados ()

f. Exonerados/Otros ()

- Registro de necropsia

a. Sí se realizó ()

b. No se realizó ()

- Mes del año

a. Enero ()

c. Marzo ()

e. Mayo ()

g. Julio ()

b. Febrero ()

d. Abril ()

f. Junio ()

h. Agosto ()

i. Setiembre ()

j. Octubre ()

k. Noviembre ()

l. Diciembre ()

- Tipo de muerte violenta

a. Homicidio ()

b. Suicidio ()

c. Accidente de trabajo ()

d. Accidente de tránsito ()

e. No se conoce/Otro ()

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: JOSE ANTHONY MENDOZA CUEVA

ASESOR: LUIS ANTONIO LLANCO ALBORNOZ

TEMA: CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y PROGRESION DE LOS CASOS DE MUERTE VIOLENTA EN MUJERES DURANTE LOS AÑOS 2017-2020

Formulación del problema	Objetivos	VARIABLES	Población o muestra	Diseño	Recolección y análisis
¿Cuáles son las características epidemiológicas y como es la progresión de los casos de muerte violenta en mujeres durante los años 2017-2020?	<p>Objetivo general Determinar las características epidemiológicas y la progresión de los casos de muerte violenta en mujeres durante los años 2017-2020.</p> <p>Objetivos específicos Determinar el aumento en la progresión de los casos de muerte violenta en mujeres en el Perú durante los años 2017-2020.</p> <p>Determinar el grupo etario de mujeres más afectado por la muerte violenta en el Perú durante los años 2017-2020</p> <p>Identificar el tipo etiológico de muerte violenta en mujeres más prevalente en el Perú durante los años 2017-2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Grado de instrucción - Estado civil - Tipo de muerte violenta - Necropsia - Lugar de fallecimiento - Tipo de seguro - Mes del año 	La población del presente proyecto de investigación fueron todas las mujeres fallecidas por muerte violenta e inscritas en el SINADEF durante los años 2017 a 2020. El muestreo final del presente trabajo será un muestreo censal ya se tiene los datos registrados de todos los casos de muerte violenta en mujeres durante los años 2017 a 2020	El presente estudio es observacional, descriptivo de corte transversal.	<p>La recolección de la información será desde los datos contenidos en el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). Esta base de datos es de acceso libre y se encuentra disponible en formato CSV (.csv), y puede ser analizado en diferentes programas estadísticos. Al obtener los datos del sistema nacional, la cobertura abarca a los 24 departamentos del Perú y a la Provincia Constitucional del Callao, la información brindada abarca datos sociodemográficos y legales, estando disponibles en REUNIS (http://www.minsa.gob.pe/reunis/).</p> <p>Los resultados del análisis descriptivo que se obtengan del presente estudio se presentarán utilizando medidas de dispersión, tendencia central, frecuencias relativas y absolutas, según corresponda.</p>

**ANEXO 3: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
ALUMNO: JOSE ANTHONY MENDOZA CUEVA**

ASESOR: LUIS ANTONIO LLANCO ALBORNOZ

TEMA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PROGRESIÓN DE LOS CASOS DE MUERTE VIOLENTA EN MUJERES DURANTE LOS AÑOS 2017-2020

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Tipo por su relación	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medios de verificación
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento y registrado en su Documento Nacional de Identidad (DNI)	Cuantitativa discreta	Independiente	Tiempo vivido de una persona en años	Intervalo	0 – 9 años	0	Base de datos secundaria
						10 – 14 años	1	
						15 – 19 años	2	
						20 – 29 años	3	
						30 – 44 años	4	
						45 – 64 años	5	
						≥65 años	6	
Nivel de instrucción	Es el grado de educación más elevado de estudios realizados y/o en curso de una persona,	Cualitativa politómica	Independiente	Mayor grado académico alcanzado por una persona	Ordinal	Ningún nivel/Iletrado	0	
						Inicial/Pre-escolar	1	
						Primaria incompleta	2	
						Primaria completa	3	

	sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos					Secundaria incompleta	4	
						Secundaria completa	5	
						Superior incompleta	6	
						Superior completa	7	
						Sin registro	8	
Departamento	Tipo de entidad subnacional, que se demarca por costumbres, cultura y política	Cualitativa politómica	Independiente	Lugar donde ocurrió la muerte violenta	Nominal	Amazonas	0	Base de datos secundaria
						Ancash	1	
						Apurímac	2	
						Arequipa	3	
						Ayacucho	4	
						Cajamarca	5	
						Callao	6	
						Cusco	7	
						Huancavelica	8	
						Huánuco	9	
						Ica	10	
						Junín	11	
						La Libertad	12	
						Lambayeque	13	
						Lima	14	
						Loreto	15	
						Madre de Dios	16	
						Moquegua	17	
						Pasco	18	
						Piura	19	
						Puno	20	
						San Martín	21	
						Tacna	22	
						Tumbes	23	
Ucayali	24							

Estado civil	Se refiere a la posición o calidad permanente que ocupa un individuo dentro de la sociedad, otorgándoles ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles.	Cualitativa politómica	Independiente	Calidad o posición permanente de una persona en la sociedad	Nominal	Soltero	0	Base de datos secundaria
						Casado o conviviente	1	
						Separado o divorciado	2	
						Viudo	3	
						Sin registro	4	
Tipo de seguro médico	Es aquel que va a cubrir las asistencias médicas del asegurado.	Cualitativa politómica	Independiente	Tipo de póliza obtenida por una persona	Nominal	Seguro Integral de Salud (SIS)	0	Base de datos secundaria
						EsSalud	1	
						Sanidad de las Fuerzas Armadas	2	
						Seguros privados	3	
						Ignorados/Sin registro	4	
						Exonerados/Otros	5	
Registro de necropsia	Es el registro del examen técnico científico, externo e interno que se le realiza a un	Cualitativa politómica	Independiente	Registro para poder determinar la causa de muerte	Nominal	No se realizó necropsia	0	Base de datos secundaria

	cadáver para poder determinar la causa de la muerte					Sí se realizó necropsia	1	
Mes del año	Es cada uno de los 12 periodos de tiempo en un año	Cualitativa politómica	Independiente	Mes correspondiente a un año calendario donde ocurrió el fallecimiento	Nominal	Enero	0	Base de datos secundaria
						Febrero	1	
						Marzo	2	
						Abril	3	
						Mayo	4	
						Junio	5	
						Julio	6	
						Agosto	7	
						Setiembre	8	
						Octubre	9	
						Noviembre	10	
						Diciembre	11	
Tipo de muerte violenta	Condición en la que la mujer falleció	Cualitativa politómica	Independiente	Registro de la condición de fallecimiento	Nominal	Homicidio	0	Base de datos secundaria
						Suicidio	1	
						Accidente de trabajo	2	
						Accidente de tránsito	3	
						No se conoce/Otro	4	

ANEXO 4: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

CONSTANCIA N° 305-2022- CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité de Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación ha sido evaluado en la sesión del CIEI:

Código de Registro: **N°305-2022-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PROGRESIÓN DE LOS CASOS DE MUERTE VIOLENTA EN MUJERES DURANTE LOS AÑOS 2017-2020"**

Investigador (a) Principal: **MENDOZA CUEVA, JOSE ANTHONY**

El Comité Institucional de Ética en Investigación ha determinado que este proyecto no califica como una investigación en sujetos humanos y está **EXONERADO** de revisión protocolar. Es preciso mencionar que el estudio cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB.

La vigencia de la constancia es efectiva hasta la conclusión del estudio en mención. No hace falta una solicitud de renovación de vigencia.

Como investigador principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo exonerado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el investigador debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 03 de marzo de 2022.


Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle N°
302-304 (Ex Hacienda Villa)

SAN BORJA
Av. San Luis 1925 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
Ex km 300 La Angostura,
Subanjalla

CHINCHA
Calle Albifla 108 Urbanización
Los Vinos (Ex Toche)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 748 2 888