UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

« Asociación entre violencia de pareja y síntomas depresivos en mujeres de
15-45 años en el Perú. Un Sub-análisis de la ENDES 2014-2016 »

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Silva Burga, Alejandro (0000-0002-7017-0457)

ASESOR

Maguiña Quispe, Jorge Luis (0000-0003-4708-8612)

Lima, 17 de Febrero del 2020

DEDICATORIA

Por Jando, Mirta y Flavio

RESUMEN

Objetivos

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la violencia de pareja con los síntomas depresivos.

Metodología / hallazgos principales

Se realizó un análisis secundario de datos utilizando información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de Perú de los años 2014, 2015 y 2016. El resultado fue la presencia de síntomas depresivos según el Cuestionario de Salud del Paciente (punto de corte ≥ 10); mientras que la exposición fue la presencia de la violencia por parte de la pareja (según definiciones de OMS). La asociación de interés se evaluó utilizando el modelo de regresión de Poisson que controla el diseño de la encuesta de muestra compleja y los posibles factores de confusión. Se analizaron los datos de 24 099 mujeres en edad fértil (entre 15 a 45 años de edad). Del total de encuestadas, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 6.98% [IC 95%: 6.54% - 7.20%]. El 64,72% [IC 95% 63,66% - 68,25%] sufrió algún tipo de violencia por parte de su pareja. El tipo de violencia más común contra las mujeres fue la violencia psicológica 63,44% [IC 95% 63,20%- 67,07%] seguida por violencia física, 12,31% [IC 95% 12,00% - 14,01%] y sexual 7,05% [IC 95% 6,96 – 9,02%]. Aquellas mujeres que fueron víctimas de violencia por parte de su pareja tuvieron 2.47 veces mayor probabilidad de tener síntomas depresivos en comparación de aquellas que jamás fueron agredidas [IC 95% 2.08-2.94].

Conclusiones

Existe asociación tanto entre la violencia en general así como con violencia específica (psicológica, física y/o sexual) con síntomas depresivos.

Palabras clave: Violencia familiar, Síntomas depresivos, Mujeres en Edad Fértil, Bases Poblacionales, Encuesta Demográfica y de Salud

ABSTRACT

Objectives

The aim of this study was to evaluate the association between intimate partner violence and depressive symptoms.

Methodology / main findings

A secondary data analysis was performed using information from the Demographic and Family Health Survey (ENDES) of Peru for the years 2014 to 2016. Our outcome variable was the presence of depressive symptoms according to the Patient Health Questionnaire (cut-off point, ≥ 10); whereas our exposure variable was the presence of intimate partner violence (according to WHO definitions). Our outcome variable was evaluated through a generalized linear model (GLM) with poisson family and link log function for the calculation of raw and adjusted prevalence ratios (PR). We analyzed the data of 24 099 women in reproductive age (between 15 and 45 years). Of the total number of respondents, the prevalence of depressive symptoms was 6.98% [95% CI: 6.54 -7.20] and 64.72% [CI 95% 63.66 - 68.25] suffered some type of violence from their partner. The most common type of violence against women was psychological violence 63.44% [CI 95% 63.20 - 67.07] followed by physical violence, 12.31% [IC 95% 12.00 - 14 , 01] and sexual violence 7.05% [95% CI 6.96 - 9.02]. Those women who were victims of violence by their partner were 2.47 times more likely to have depressive symptoms compared to those who were never assaulted [95% CI 2.08-2.94].

Conclusions

There is an association between intimate partner violence as well as specific violence (psychological, physical and / or sexual) with depressive symptoms.

Key words: Intimate partner violence, Depressive symptoms, Women in fertile age, Population Bases, Demographic and Health Survey

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1 : INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 2 : MATERIALES Y MÉTODOS	9
2.1 DISEÑO Y PARTICIPANTES	9
2.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES DE INTERÉS	9
2.3 RECOLECCIÓN DE DATOS	9
2.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.0
2.5 ÉTICA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.0
CAPÍTULO 3 : RESULTADOS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.2
3.2 SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.2
3.3 CO-VARIABLES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.2
3.4 SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.2
CAPÍTULO 4 : DISCUSIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.4
4.1 COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.4
4.2 OTROS RESULTADOS IMPORTANTES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.5
4.3 RELEVANCIA EN SALUD PÚBLICA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.5
4.4 FORTALEZAS Y LIMITACIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.6
CAPÍTULO 5 : CONCLUSIONES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.8
REFERENCIAS:.....	19
ANEXOS :	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.3

Índice de tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil (15-45 años). Análisis de base poblacional, ENDES 2014-2016 - Perú.....	24
Tabla 1 : continuación	25
Tabla 2: Análisis bivariado entre síntomas depresivos ($PHQ \geq 10$ puntos) y covariables de interés. ENDES Perú 2014-2016 (n = 24,099)	27
Tabla 3: Modelo crudo y modelo ajustado de la relación entre Síntomas Depresivos ($PHQ \geq 10$ puntos) y violencia intrafamiliar (al menos un tipo de violencia). ENDES Perú 2014 - 2016	30

Índice de figuras

Imagen1 : esquema sobre cambios en la muestra antes y después de aplicación de criterios de inclusión y exclusión	1
---	---

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el maltrato familiar es la forma de violencia más común en el mundo (1). La prevalencia varía de un país a otro, no obstante la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja durante su vida varía entre 15 a 71%, siendo mayor en zonas de conflicto armado y países en vías de desarrollo (2).

La prevalencia mundial de violencia de pareja contra mujeres es del 29,8% según la OMS. De ellas, 53% alguna vez han presentado una denuncia por maltrato físico o sexual según el informe de la ONU y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Por otro lado del 17% al 53% de mujeres latinas han sufrido violencia sexual o física de parte de un compañero íntimo. Bolivia (53%), Colombia (39%), Perú (39%) y Ecuador (31%) son los países con mayor porcentaje de denuncias, mientras que Paraguay (18%), Jamaica (17%), República Dominicana (16%) y Haití (13%) los de menor porcentaje (3).

En el Perú, 68,2% de las mujeres alguna vez sufrieron algún tipo de violencia por parte de su esposo o conviviente. La violencia psicológica y/o verbal fue la más común (64,2%) seguida por la violencia física (17,31%) y la violencia sexual (6,6%). El feminicidio aumentó 13% del año 2017 al 2018, dos mujeres son asesinadas cada semana y 7 de cada 10 víctimas de violación sexual son menores de edad (4) (5). Las consecuencias de la violencia de pareja contra las mujeres varían desde lesiones físicas y discapacidad hasta síndromes psiquiátricos y trastornos sexuales y reproductivos (8) (9) (10).

La depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Los pacientes con depresión tienen una probabilidad de muerte prematura de 40% a 60% mayor que la población general (8)(9). Asimismo, el suicidio, como consecuencia de la depresión, es la segunda causa más frecuente de muerte en jóvenes (11). América Latina tiene una prevalencia de depresión similar entre sus países, Brasil es la nación con la tasa más alta (5,8%); seguido de Cuba (5,5%), Paraguay (5,2%), Chile y Uruguay (5%); Argentina, Colombia, Costa Rica y

República Dominicana (4,7%); Ecuador (4,6%); Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%); México, Nicaragua y Venezuela (4,2%); Honduras (4,2%) y finalmente Guatemala (3,7%). Sin embargo es importante resaltar que puede que los datos de esta región sean sesgados, debido a que el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas por parte del personal de salud no siempre es bien identificado (4) (5).

En el Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 17,5% del total de carga de enfermedad (4) la OMS estima que un 4% de la población vive con depresión (6), sin embargo las tasas de prevalencia varían según distintas variables, por ejemplo entre quechua-hablantes e hispanohablantes (17,6% vs. 15,6%) (6). El último estudio realizado en Lima y Callao por parte del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado y el Ministerio de Salud para el año 2018 sugieren que la cuarta parte de la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao presentó alguna vez en su vida algún trastorno mental, siendo el trastorno depresivo en general el más frecuente (17,3%), seguido por el episodio depresivo (17,2%), el consumo perjudicial o dependencia de alcohol (7,5%), el episodio depresivo severo (9,0%), el episodio depresivo moderado (5,5%), el trastorno de estrés post-traumático (5,1%) y el trastorno de ansiedad generalizada (3,0%), sin embargo estos resultados han sido causa de controversia entre los especialistas en el área, debido a que se cree que se subestima el verdadero impacto de estos trastornos (7) (12).

Debido a lo referido en los párrafos anteriores, sumado al actual escenario de violencia hacia la mujer que se vive en el Perú, este estudio busca investigar la asociación entre la violencia de pareja y síntomas depresivos entre mujeres en edad fértil.

Capítulo 2 : Materiales y métodos

2.1 Diseño y participantes.

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional transversal analítico. La población de estudio estuvo conformada por mujeres de 15 a 45 años participantes de las tres Encuestas de Salud y Demografía Perú (ENDES) que se ejecutaron en los años 2014, 2015 y 2016. Incluimos únicamente a aquellas personas que tuvieran datos completos para el estudio. Los criterios de exclusión fueron: mujeres que no se encuentren en edad fértil según la definición de la OMS.

2.2 Definición de variables de interés.

La variable independiente en este estudio es la presencia de violencia de pareja, la cual engloba cualquiera de las tres formas de violencia definidas por la OMS y mencionadas en las encuestas realizadas por ENDES: violencia psicológica (hostilidad verbal o no verbal reiterada manifiesta en forma de acoso, insulto, amenaza, menosprecio, ignorancia, sometimiento, dominación, humillaciones, entre otros), física (uso de la fuerza contra el cuerpo de otra persona) y/o sexual (implica al mismo tiempo agresión física y ultraje psíquico que atentan principalmente contra la libertad sexual de la víctima). La variable dependiente fue la presencia de síntomas depresivos usando como herramienta de medición “The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)”, con un punto de corte de mayor o igual a diez puntos.

2.3Covariables

Las covariables seleccionadas en la base de datos fueron estrato socioeconómico (bajo, medio y alto), grado de instrucción (finalmente trabajado como “Sin estudios”, primaria, secundaria, superior no universitaria y superior universitaria), región de procedencia (correspondiente a Lima metropolitana, Costa, Sierra y Selva), edad según grupos laborales y tipo de residencia (proveniente de zona urbana o rural) según criterios obtenidos en literatura previa y por disponibilidad en la base de datos.

2.4 Recolección de datos.

Los datos para este estudio fueron obtenidos a partir de los resultados de las ENDES de los años 2014, 2015 y 2016. Cada encuesta usa una muestra bietápica, probabilística, de tipo equilibrado, estratificada e independiente. Fue auto ponderada por departamentos y por áreas urbanas y rurales. La muestra (la cual fue dividida en 4 submuestras) fue estimada tras hacer un análisis de los resultados de las encuestas ENDES previas (7)(13). Para mayor información sobre las consideraciones tomadas por la ENDES en la recolección de datos y sobre las bases de datos utilizadas en este estudio, se cuenta con acceso libre en los registros de la página web del INEI (www.inei.gob.pe).

2.5 Análisis estadístico.

En el análisis estadístico se usó Stata 14.0 para Windows (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.). Todos los análisis se ajustaron para el diseño de encuesta de muestra compleja considerando los estratos de muestra, las unidades de muestreo primarias y los pesos de población. La descripción de la población de estudio se realizó utilizando proporciones para variables categóricas. Se reportó la prevalencia e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de exposición y resultado. La prueba de Chi cuadrado se utilizó para las comparaciones de acuerdo con las variables de interés. Para el análisis de múltiples variables, nuestra variable resultado fué evaluada a través de un modelo lineal generalizado (GLM) con familia poisson y función de enlace log para el cálculo de razones de prevalencias (RP) crudas y ajustadas, las que se construyeron por separado según el tipo de violencia de pareja (violencia en general, violencia psicológica, física y sexual). Para el rechazo de la hipótesis nula se consideró un valor $p < 0.005$ como estadísticamente significativo.

2.6 Ética.

Dado que el estudio corresponde a un análisis secundario de datos que fueron colectados por la ENDES durante los años 2014, 2015 y 2016 por el INEI, no existe mayor riesgo para la población. Se respeta la confidencialidad de los participantes, no se entrará en contacto con los mismos y no se tiene acceso a información personal o de ubicación los

encuestados. Los datos están ubicados en los registros de la página web del INEI (www.inei.gob.pe)

Sin embargo, el protocolo fue presentado al comité de ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas para su aprobación.

Capítulo 3 : Resultados

3.1 Características de la muestra

Un total de 93 489 registros se obtuvieron de las bases de datos ENDES para los años 2014 (n = 28 793, 2015 (n = 34 583) y 2016 (n= 33 543). Para propósitos de este estudio se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión previamente mencionados, obteniéndose finalmente 24 099 registros de mujeres en edad fértil (Anexo1: Flujograma).

3.2 Sobre la violencia de pareja

Del total de encuestadas, el 64,72% (IC 95% 63,66% - 68,25%) sufrió algún tipo de violencia por parte de su pareja. El tipo de violencia más común entre las mujeres fue la violencia psicológica 63,44% [IC 95% 63,20%- 67,07%] seguida por violencia física, 12,31% [IC 95% 12,00% - 14,01%] y sexual 7,05% [IC 95% 6,96 – 9,02%]. (Tabla1)

3.3 Co-variables

Con respecto a la edad el 48,1% de los sujetos se presentó entre el rango de 25 a 34 años, así mismo el 47,41% reportó secundaria completa. El estrato socioeconómico bajo es el que predomina en este estudio con 55.37%. Con respecto a la región de procedencia, 34.9% pertenecen a la Sierra), 29.19% a la Costa, 25.45% a la Selva y 10.47% a Lima Metropolitana. El 66,78% de la población reside en zonas urbanas y 33,22% en zonas rurales (tabla 1). Estos porcentajes no presentaron elevada variación entre los diferentes años en evaluación.

3.4 Sobre la violencia de pareja y su asociación con síntomas depresivos

Del total de la muestra, 6.98% reportaron síntomas depresivos. Cuando las variables sociodemográficas y de comportamiento se tabularon de acuerdo a la presencia de síntomas depresivos, el estrato socioeconómico, región de procedencia y tipo de residencia no se asociaron con síntomas depresivos ($p > 0.05$) (tabla 2)

En el modelo multivariado, hubo evidencia de asociación entre la violencia de pareja y la presencia de síntomas depresivos tanto en los modelos crudos como ajustados. Aquellas mujeres que fueron víctimas de violencia por parte de su pareja tuvieron 2.47 veces mayor probabilidad de tener síntomas depresivos en comparación de aquellas que jamás fueron agredidas (IC 95% 2.08-2.94).

Hubo mayor probabilidad de tener síntomas depresivos cuando se desglosa el tipo de violencia que sufrieron las mujeres. Se puede ver que las víctimas de violencia psicológica tienen 2.37 mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (IC 95% 2.00-2.81) y aquellas violentadas físicamente tienen 2.83 mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (IC 95% 2.48-3.24). Esta aumenta mucho más en caso de violencia sexual donde hay 3.29 veces más probabilidad de obtener un puntaje mayor igual a 10 en el PHQ-9 (IC 95% 2.80-3.85). Estos resultados fueron ajustados con todas las co-variables, obteniéndose un valor $p < 0.001$ en todos (tabla3).

Capítulo 4: Discusión

El 64,72% de mujeres ha sido víctima de violencia por parte de su pareja. Estos resultados coinciden con los datos que tanto la ENDES como el ministerio de la mujer han ido presentando a lo largo de los últimos años, donde a pesar de haber disminuido del 77% que existía en el año 2004 (14), Perú sigue ocupando el tercer lugar a nivel mundial en violencia contra la mujer (15). Si bien la violencia psicológica (63,44%) es la más prevalente, llama la atención que tanto la violencia física (12,32%) como la sexual (7,05%) no han variado radicalmente en los últimos años. Por ejemplo entre los años 2004-2007 la prevalencia de violencia física a nivel nacional fue de 14,5% (15). Esto podría explicarse debido a que a pesar de los esfuerzos realizados, los factores de fondo relacionados con la violencia de género aún no han sido realmente cambiados según datos de las Naciones Unidas (16). Esto sumado al peso cultural que existe en el Perú durante generaciones en el que la violencia hacia la mujer es visto como algo habitual, en especial en población rural, impide que tanto víctimas como agresores identifiquen el gran problema en salud pública que se genera (6).

Los resultados de este estudio demuestran una fuerte asociación entre la violencia de pareja y la presencia de síntomas depresivos, incluso después de ser ajustado con otras variables. Si se hace un análisis más exhaustivo, esta asociación se intensifica según la estratificación de la violencia siendo la violencia física y sexual las que aumentaban más veces la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. Al usar un punto de corte de la PHQ-9 de 10 puntos, los síntomas pueden ser compatibles con depresión clínica (requiere tratamiento de algún tipo según el especialista de salud tratante).

4.1 Comparación con otros estudios

Tres meta-análisis realizados en los años 2012 y 2013 en población Norteamericana y Europea víctimas de violencia de pareja encontraron que el ser mujer es un factor predisponente para violencia. Según estos estudios, existe fuerte asociación entre la violencia y la depresión, sin embargo, en los tres estudios también refieren que la capacidad de sacar conclusiones firmes está limitada por la calidad de los estudios disponibles, en particular la falta de ajuste para otros factores de riesgo, así como la

posible causalidad reversa (17)(18)(19). Nuestro estudio presenta adversidades similares, debido a que ciertos datos proporcionados por la ENDES no están completos por lo que no han podido ser extrapolados.

Los trabajos realizados en población peruana también encuentran que existe una asociación entre la violencia familiar y la presencia de síntomas depresivos como ocurre en el estudio realizado por Sonia E. Zevallos- Bustamante en una población de 2281 mujeres en pacientes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (12), sin embargo no se encuentra significancia estadística y la población estudiada se limita a pacientes del área andina, a comparación de nuestro estudio.

Estudios realizados en los años 2015 y 2017 tienen resultados similares. Cuatro de cada diez mujeres reportaron haber sufrido violencia por parte de su pareja en un período de 10 años, quienes como consecuencia tuvieron 2 veces más riesgo de desarrollar depresión. (20). Por otro lado en Suiza, aquellas mujeres que fueron víctimas de violencia psicológica y/o física tuvieron resultados similares al buscar asociación con la aparición de síntomas depresivos (21). Otro estudio realizado en 24 mujeres sudafricanas encontró asociación entre violencia de pareja, uso de alcohol y depresión, siendo la segunda variable no incluida dentro de este estudio (ver limitaciones de estudio) (22)

La Región de procedencia y el tipo de residencia (urbano o rural) fueron las únicas variables que no fueron significativas en este estudio. Sin embargo estos resultados no coinciden con lo presentado en el año 2012 por Fiestas et. al, donde indica que geográficamente la región Sierra es donde se puede encontrar con mayor probabilidad personas que son víctimas de violencia (23). De similar forma, otro estudio que usó como base de datos la ENDES de los años 2004 a 2007 encontró que unas de las variables asociadas a violencia psicológica fueron el nivel económico y la procedencia de zona urbana (14).

4.2 Otros resultados importantes

Las mujeres participantes en este estudio tienen una prevalencia de 6.98% (IC 95%: 6.54% -7.20%) de síntomas depresivos. Estos datos concuerdan con los resultados del último estudio epidemiológico de salud mental presentados por el “Instituto de Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en el año 2013 y los

“Lineamientos de política sectorial en salud mental” que presentó el Ministerio de Salud en el año 2018, donde la prevalencia de depresión mayor y mayor fue de 6,4% (4) (12) en mujeres, al igual que en otro estudio publicado en el 2015, donde la prevalencia de depresión en el Perú también era de 6,4% (14), aunque las diferencias pueden explicarse debido al uso de diferentes instrumentos para evaluar depresión. De este grupo de mujeres, también se pudo encontrar que mientras menor era la edad de la mujer, mayor fue la prevalencia de depresión, resultados similares a los que reporta la CDC en estados unidos donde la prevalencia de violencia física por parte de su pareja fue de 8% y violencia sexual fue de 7%. La violencia en el noviazgo adolescente se tuvo más probabilidad de experimentar síntomas de depresión y ansiedad. Resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio (ver tablas 2 y 3) (24)

Adicionalmente, una reciente revisión sistemática encontró que la mayor cantidad de literatura relacionada a depresión se realizó en Europa y Norteamérica. Existen muy pocos estudios en Sudamérica y otras regiones como Asia y África. Si bien este estudio es importante porque se identificó que las mujeres presentaban mayor prevalencia de depresión clínica en comparación a los hombres, sus reportes sobre la prevalencia de depresión en su población general son muy variantes. Por ejemplo en Norteamérica fue de 3,7% a comparación al 8,6% de la región Sur de Asia y al 4% de Sudamérica.(25).

4.3 Relevancia en Salud pública

América Latina es la región con más violencia hacia la mujer según los datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el año 2017 (26) (27). El Perú ocupa el tercer lugar a nivel mundial en tasas de violencia física y sexual. Existiendo estos datos, es de vital importancia que los profesionales de la salud realicen un descarte de depresión en aquellas mujeres que acudan a consulta y presenten signos y síntomas de haber sido violentadas por su pareja.

Actualmente en la región existe un subregistro sobre depresión (28) (29), este tipo de estudios son importantes para que el verdadero impacto de esta enfermedad sea expuesto para que futuras medidas de prevención sean tomadas por las autoridades. Las

enfermedades psiquiátricas representan un problema de salud pública para el Perú, debido a que no son afrontadas de manera adecuada por parte del sistema de salud y representan una de las prioridades nacionales de investigación en salud entre los años 2015-2021 según el INS, a pesar de que existe una reforma de servicios de salud mental en el Perú (31) (32).

4.4 Fortalezas y limitaciones

Las fortalezas principales de este estudio son el tamaño muestral, el tipo de diseño multietápico y representativo de la muestra nos garantiza que la pregunta de investigación sea respondida de manera apropiada. Sin embargo, este estudio presenta ciertas limitaciones.

Siendo este un estudio transversal, solo se puede evaluar asociación, más no causalidad, existiendo el riesgo de causalidad reversa en los hallazgos. Sin embargo, los resultados coinciden con los hallados en bibliografías similares.

Por otro lado, la información obtenida por los participantes de la ENDES fue un auto-reporte, lo que podría verse afectado por un sesgo de memoria. Al realizarse preguntas sobre un tema tan delicado como lo es la violencia familiar, puede que los encuestados hayan decidido omitir información por vergüenza, miedo o debido a que por motivos culturales, no identifiquen ciertas acciones como violencia o atribución de responsabilidad de la violencia.

No se tiene información sobre otros posibles confusores: antecedentes familiares de depresión, estrés, consumo de drogas ilegales, entre otros; por lo que no se pudo ajustar dichas variables al momento de hacer el análisis multivariado.

Finalmente, el PHQ-9 es un instrumento de tamizaje y no de diagnóstico de depresión. Sin embargo, se utilizó un punto de corte conservador para incluir aquellos con síntomas depresivos que requerían manejo medicamentoso o conductual, lo que en teoría podría reducir el riesgo de mala clasificación.

Capítulo 5 : Conclusiones

Este tipo de estudios resulta indispensable a realizarse en un país como el Perú. Se encontró una relación directa entre violencia contra la mujer por parte de su pareja y la presencia de síntomas depresivos. El 64,72% de las mujeres había sufrido algún tipo de violencia, siendo la violencia psicológica la más común. 6,98% de la población tenía síntomas depresivos tras aplicar la encuesta PHQ-9. Es necesario realizar un tamizaje para descartar depresión tanto en centros de atención de primer nivel, así como en establecimientos de mayor complejidad al enfrentar un caso de violencia de pareja, mediante una adecuada identificación de signos y síntomas.

Los investigadores además, fomentan la creación de estudios similares al realizado en otras regiones donde los datos sobre violencia y depresión son escasos, como lo es la región de las Américas y el Caribe y zonas de África y Asia Oriental, con el fin de obtener suficiente data para la realización a futuros meta-análisis con resultados que permitan una extrapolación de datos a la realidad que se viven en dichas zonas geográficas.

REFERENCIAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 11]; Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013 [cited 2017 Sep 12]; Available from: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014, seguridad Ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina. [Internet]. New York; 2013 [cited 2017 Sep 12]. Available from: <http://www.undp.org/content/dam/rblac/img/IDH/IDH-AL Informe completo.pdf>
4. Ministerio de salud. - Lineamientos de política sectorial en salud mental. Peru: Ministerio de Salud; 2018 [2018; 2020]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. [Internet]. Ginebra; 2013 [cited 2017 Sep 12]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
6. Sonia E. Zevallos-Bustamante .Prevalencia de depresión en poblaciones andinas. Anales de Salud Mental 2015 / Volumen XXXI. 2015 [2020]. (2). Available from : <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/14>
7. Nacional y Departamental Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. [cited 2017 Sep 19]; Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

8. Black M. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med* [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 11]; Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1559827611410265>
9. Coker A, Smith P, Bethea L, King M. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam* [Internet]. 2000 [cited 2017 Sep 11]; Available from: <https://triggered.clockss.org/ServeContent?url=http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/9/5/451>
10. Coker A, Smith P. Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *J Women's Heal* [Internet]. 2005 [cited 2017 Sep 11]; Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2005.14.829>
11. Rutz E, Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2004 [cited 2017 Sep 11]; Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-004-0406-y>
12. Castillo JES. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-replicación 2012. *Inst Salud Ment Honor Delgado Honor Delgado* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 12]; Volumen XX. Available from: http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012_ASM-EESM-LM.pdf
13. Rutstein Shea, Johnson Kiersten. *DHS Comparative Reports* [Internet]. 2004 [cited 2018 Apr 4]. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/cr6/cr6.pdf>
14. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M, World Health Organization. *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú : estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres* [Internet]. Lima, Perú : Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”; 2002 [cited 2018 Mar 22]. 119 p. Available from: <https://searchworks.stanford.edu/view/5167952>
15. Aiquipa J. Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 22];33(2):411–37. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200007

16. Caballero, July; Alfaro, Milena; Nuñez, Yesenia; Torres H. Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004-2007. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 22];13(3). Available from: <http://www.redalyc.org/html/2031/203120367006/>
17. Alméras D, United Nations. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Women and Development Unit. Violencia contra la mujer en relación de pareja : América Latina y el Caribe : una propuesta para medir su magnitud y evolución [Internet]. CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo; 2002 [cited 2018 Mar 22]. 54 p. Available from: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=qf2Kg1aeI6cC&oi=fnd&pg=PA11&dq=ministerio+mujer+peru+violencia+mujer&ots=4_IefUg8Qm&sig=9P2uDe3MzXeWNRZtdq_1G_qGwNY#v=onepage&q=ministerio+mujer+peru+violencia+mujer&f=false
18. Devries K, Mak J, Bacchus L, Child J. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 11]; Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001439>
19. Howard L, Oram S, Galley H, Trevillion K. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 11]; Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001452>
20. Ouellet-Morin I, Fisher HL, York-Smith M, Fincham-Campbell S, Moffitt TE, Arseneault L. Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depress Anxiety*. 2015;32(5):316–324.
21. Lövestad S, Löve J, Vaez M, Krantz G. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*. 2017;17(1):335. Published 2017 Apr 20.
22. Rotheram-Borus MJ, Tomlinson M, Roux IL, Stein JA. Alcohol Use, Partner Violence, and Depression: A Cluster Randomized Controlled Trial Among Urban

South African Mothers Over 3 Years. *Am J Prev Med*. 2015;49(5):715–725.

23. Fiestas F, Rojas R, Gushiken A, Gozzer E. ¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2002 [cited 2018 Mar 22];29(1):44–52. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100007&script=sci_arttext
24. Center for Disease Control and Prevention. Teen Dating Violence [Internet]. USA: CDC, 2019 [2019; 2020]. Available from : <https://www.cdc.gov/features/datingviolence/>
25. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard L. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 11]; Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0051740>
26. A. J. Ferrari, A. J. Somerville, A. J. Baxter, R. Norman, S. B. Patten, T. Vos, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 4]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Scott_Patten/publication/230567251_Global_variation_in_the_prevalence_and_incidence_of_major_depressive_disorder_A_systematic_review_of_the_epidemiological_literature/links/553536fd0cf218056e92923a/Global-variation-in-
27. Krook M, Restrepo Sanín J, Krook ML, Restrepo Sanín J. Género y violencia política en América Latina. Conceptos, debates y soluciones. *Política y Gob* [Internet]. 1994 [cited 2018 Mar 22];23(1):127–62. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-20372016000100127&script=sci_arttext&tlng=pt
28. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA, En C, Fuente L, et al. Violencia contra las mujeres en America Latina y El Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países [Internet]. [cited 2018 Apr 4]. Available from:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24353&Itemid=270&lang=en

29. Sagot M, Carcedo A, Guido L. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000 [cited 2018 Mar 22]. 184 p. Available from: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=gllnaZq_nQYC&oi=fnd&pg=PT6&dq=peru+tercer+puesto+violencia+mujer&ots=9GH2SCY0dU&sig=JIFw5G2KbrMa7OG6Du3g_dJbAc0#v=onepage&q&f=false
30. Ponce-Gómez J. Niveles de violencia contra la mujer emprendedora en el Perú: un análisis basado en la Encuesta Demográfica y de Salud familiar - ENDES 2011 [Internet]. Vol. 3, San Martín Emprendedor. Peru; 2013 [cited 2018 Apr 4]. 7-51 p. Available from: <http://www.sme.usmp.edu.pe/index.php/sme/article/view/32>
31. Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021 [Internet]. Lima; 2015 [cited 2017 Sep 12]. Available from: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/mater_prior/Resumen Ejecutivo Proceso de Prioridades de Investigacion 11_05_15 v4R.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/mater_prior/Resumen_Ejecutivo_Proceso_de_Prioridades_de_Investigacion_11_05_15_v4R.pdf)
32. Castillo-Martell Humberto, Cutipé-Cárdenas Yuri. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 Jun [citado 2020 Feb 13] ; 36(2): 326-333. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200023&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>

7. ANEXOS

Tabla 1: Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil (15-45 años).
Análisis de base poblacional, ENDES 2014-2016 - Perú

Variables	n (24,099)	(%)
Edad (grupos laborales)		
15 -24 años	4,223	17.52
25 – 34 años	11,591	48.10
35-45 años	8,285	34.38
Grado de Instrucción		
Sin estudios	534	2.22
Primaria	5,236	21.73
Secundaria	11,426	47.41
Superior No Universitario	3,633	15.08
Superior Universitario	3,270	13.57
Síntomas depresivos (PHQ-9 ≥ 10)		
Si	1,681	6.98
No	22,418	93.02
Estrato socioeconómico		
Bajo	13,344	55.37
Medio	5,038	20.91
Alto	5,717	23.72
Región de procedencia		
Costa	7,035	29.19
Sierra	8,410	34.9

Selva	6,132	25.45
Lima Metropolitana	2,522	10.47
Violencia de pareja: cualquier tipo		
No existe	8,503	35,28
Existe	15,596	64,72
Tabla 1 : continuación		
Violencia de pareja: psicológica		
No existe	8,811	36,56
Existe	15,288	63,44
Violencia de pareja: física		
No existe	21,132	87,69
Existe	2,967	12,31
Violencia de pareja: sexual		
No existe	22,400	92,95
Existe	1,699	7,05
Tipo de residencia		
Urbano	16,094	66,78
Rural	8,005	33,22

Tabla 2: Análisis bivariado entre síntomas depresivos (PHQ≥10 puntos) y covariables de interés. ENDES Perú 2014-2016 (n = 24,099)

	Sin síntomas depresivos		Con Síntomas depresivos		valor p
	n	(%)	n	%	
Violencia de pareja: cualquier tipo					<0,001
Sin Violencia	8,209	96,54	294	3,46	
Con Violencia	14,209	91,40	1,387	8,60	
Violencia de pareja: Psicológica					<0,001
Sin Violencia	8,488	96,33	323	3,67	
Con Violencia	13,930	91,12	1,358	8,88	
Violencia de pareja: Física					<0,001
Sin Violencia	19,942	94,37	1,190	5,63	
Con Violencia	2,476	83,45	491	16,55	
Violencia de pareja: Sexual					<0,001
Sin Violencia	21,073	94,08	1,327	5,92	
Con Violencia	1,345	79,16	354	20,84	

Edad (grupos laborales)						<0,001
15-24años	4,023	95,83	200	4,17		
25-34 años	10,839	93,80	752	6,20		
35-45 años	7,556	91,19	729	8,81		
Grado de instrucción						0.045
Sin estudios	485	88,85	49	11,15		
Primaria	4,861	92,79	375	7,21		
Secundaria	10,626	93,35	800	6,65		
Superior no Universitario	3,386	93,79	247	6,21		
Universitario	3,060	93,80	210	6,20		

Tabla 2 continuación

		Sin síntomas depresivos		Con Síntomas depresivos		valor p
		n	(%)	n	(%)	
Estrato socioeconómico						0.016
	Bajo	12,399	93,46	945	6,54	
	Medio	4,634	92,00	404	8,00	
	Alto	5,385	93,85	332	6,15	
Región de procedencia						0.482
	Costa	6,613	93,66	422	6,34	
	Sierra	7,735	92,69	675	7,31	
	Selva	5,736	93,51	396	6,49	
	Lima metropolitana	2,334	93,17	188	6,83	
Tipo de residencia						0.355
	Urbano	14,973	93,03	1,121	6,97	
	Rural	7,445	93,00	560	7,00	

*n = número de población

Tabla 3: Modelo crudo y modelo ajustado de la relación entre Síntomas Depresivos (PHQ $\geq$ 10 puntos) y violencia intrafamiliar (al menos un tipo de violencia). ENDES Perú 2014 - 2016

Variable predictora	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	RP(c)*	IC95% **	valor p	RP(a)***	IC95%	valor p
Violencia de pareja: cualquier tipo						
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	2.49	2.09 - 2.97	0	2.47	2.08-2.94	<0,001
Violencia física						
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	2.49	2.52 - 3.28	<0,001	2.83	2.48-3.24	<0,001
Violencia psicológica						
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	2.39	2.01 - 2.83	<0,001	2.37	2.00-2.81	<0,001
Violencia sexual						
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Si	3.32	2.82 - 3.91	<0,001	3.29	2.80-3.85	<0,001

*RP(c): Razón de prevalencias crudo

**IC95%: Índice de confiabilidad

***RP (a): Razón de prevalencias ajustado: Región de procedencia, estrato socioeconómico, edad, tipo de residencia y grado de instrucción

Flujograma

Imagen1 : esquema sobre cambios en la muestra antes y después de aplicación de criterios de inclusión y exclusión