



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

Asociación entre violencia doméstica y síntomas de depresión en la madre de niño lactante entre los 0 a 6 meses de edad. Un estudio secundario de la ENDES 2014-20

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR(ES)

Meneses Bernal, Joaquin (0000-0001-8152-8445)

Miguel Corzo, Alan Renato (0000-0002-3995-3031)

ASESOR(ES)

Torres Slimming, Paola Alejandra (0000-0001-9741-9470)

Lima, 27 de febrero de 2022

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a Dios por protegernos y guiarnos durante todas las etapas de la carrera, a nuestra familia que durante todo este largo proceso nos dieron su apoyo incondicional y a nuestra asesora por brindarnos su tiempo, sabiduría y ayuda constante.

Resumen:

Objetivo: El presente estudio busca evaluar la relación entre la presencia de violencia doméstica y la presencia de síntomas depresivos en madres de 15 a 49 años de edad con niño lactante de 0-6 meses de edad.

Metodología: Se realizó un estudio observacional transversal empleando una base secundaria de la ENDES del 2014 al 2019. Un total de 3860 mujeres de 15 a 49 años con hijo lactante de 0 a 6 meses fueron evaluadas. Nuestra variable dependiente fue la presencia de síntomas depresivos la cual fue explorada en el Cuestionario de Salud y se dicotomizó empleando ≥ 10 como punto de corte, en tanto nuestra variable independiente fue la violencia doméstica, la cual se evaluó en el Cuestionario Individual y se dicotomizó en base a si se reportó algún tipo de violencia (psicológico y/o verbal, física o sexual). Se describieron las variables categóricas mediante proporciones y la variable cuantitativa mediante la media, se empleó chi cuadrado para el análisis bivariado y el modelo de regresión de Poisson para calcular las razones de prevalencia (PR) y con ello evaluamos la fuerza de asociación.

Resultados: El 23.95% de las mujeres incluidas en el estudio sufrieron violencia doméstica, la prevalencia de la violencia física, la violencia sexual y la violencia psicológica y/o verbal fue de 18.59%, 2.88% y 15.45% respectivamente. La presencia de síntomas depresivos estuvo presente en el 5.25% de las participantes. Las mujeres que sufrieron violencia doméstica tuvieron 2.64 mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos que las mujeres no violentadas (IC 95% 1.75-3.98).

Conclusión: Existe asociación entre la violencia doméstica y la presencia de síntomas depresivos en madres con niño lactante de 0 a 6 meses

Palabras clave: Violencia; violencia doméstica; síntomas depresivos; lactancia materna; cuestionario de salud del paciente; Perú.

Abstract:

Objective: The present study seeks to evaluate the relationship between the presence of domestic violence and the presence of depressive symptoms in mothers between 15 and 49 years of age with a nursing child between 0 and 6 months of age.

Methodology: A cross-sectional observational study was carried out using a secondary database of the ENDES from 2014 to 2019. A total of 3,860 women aged 15 to 49 years with a nursing child aged 0 to 6 months were evaluated. Our dependent variable was the presence of depressive symptoms, which was explored in the Health Questionnaire and dichotomized using >10 as the cut-off point, while our independent variable was domestic violence, which was assessed in the Individual Questionnaire and dichotomized based on whether any type of violence (psychological and/or verbal, physical or sexual) was reported. The categorical variables were described by proportions and the quantitative variable by the mean, Chi square was used for the bivariate analysis and the Poisson regression model to calculate the prevalence ratios (PR) and with this we evaluated the strength of association.

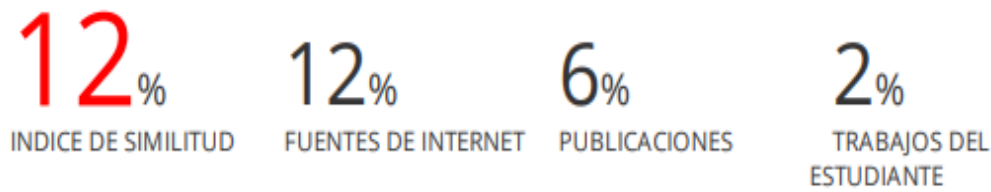
Results: 23.95% of the women included in the study suffered domestic violence, the prevalence of physical violence, sexual violence and psychological and/or verbal violence was 18.59%, 2.88% and 15.45% respectively. The presence of depressive symptoms was present in 5.25% of the participants. Women who suffered domestic violence were 2.64 times more likely to present depressive symptoms than non-violated women (95% CI 1.75-3.98).

Conclusion: There is an association between domestic violence and the presence of depressive symptoms in mothers with infants from 0 to 6 months.

Key words: Violence; domestic violence; depressive symptoms; breast feeding; patient health questionnaire; Perú.

N°2638_Asociación entre violencia doméstica y sínt

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 2 | repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 3 | dhsprogram.com Fuente de Internet | 1% |
| 4 | repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 5 | Submitted to Universidad San Jorge Trabajo del estudiante | 1% |
| 6 | www.researchgate.net Fuente de Internet | <1% |
| 7 | www.medwave.cl Fuente de Internet | <1% |
| 8 | larepublica.pe Fuente de Internet | <1% |
| 9 | www.midis.gob.pe Fuente de Internet | <1% |

| | | |
|----|--|------|
| 10 | Alejandro Silva-Burga, Ali Al-kassab-Córdova, Jorge L. Maguina. "Association Between Intimate Partner Violence and Depressive Symptoms among Women Aged 15 to 45 Years in Peru: A Three-Year Analysis of the Demographic and Health Survey", Violence Against Women, 2021 Publicación | <1 % |
| 11 | repositorio.cientifica.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 12 | repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 13 | moam.info Fuente de Internet | <1 % |
| 14 | Bruce Peña-Martínez, Veronica Navarro, Harumi Oshiro, Antonio Bernabe-Ortiz. "Factores asociados a mala calidad de sueño en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis", Diálisis y Trasplante, 2015 Publicación | <1 % |
| 15 | repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 16 | www.scielo.cl Fuente de Internet | <1 % |
| 17 | www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |

18 hdl.handle.net <1 %
Fuente de Internet

19 ateneo.unmsm.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

20 repositorio.uwiener.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Exclude assignment
template

Activo

Excluir bibliografía

Activo

Excluir coincidencias

< 20 words

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| 1.1 | JUSTIFICACIÓN | 11 |
| 1.2 | HIPÓTESIS | 12 |
| 1.3 | OBJETIVOS..... | 12 |
| 1.3.1 | Objetivo General..... | 12 |
| 1.3.2 | Objetivos específicos | 12 |
| 2 | MATERIALES Y METODOS | 12 |
| 2.1 | DISEÑO DE ESTUDIO | 12 |
| 2.2 | POBLACIÓN | 13 |
| 2.3 | CRITERIOS DE SELECCIÓN | 13 |
| 2.3.1 | Criterios de inclusión | 13 |
| 2.3.2 | Criterios de exclusión..... | 13 |
| 2.4 | UNIDAD DE ANÁLISIS | 13 |
| 2.5 | UNIDAD DE MUESTREO | 14 |
| 2.6 | MUESTRA Y MUESTREO | 14 |
| 2.7 | VARIABLES..... | 14 |
| 2.7.1 | Variable dependiente..... | 14 |
| 2.7.2 | Variable independiente..... | 14 |
| 2.7.3 | Covariables | 15 |
| 2.8 | PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 15 |
| 2.9 | INSTRUMENTOS | 15 |
| 2.10 | PLAN DE ANÁLISIS | 15 |
| 2.11 | ÉTICA | 16 |
| 3 | RESULTADOS..... | 16 |
| 3.1 | Características de la muestra | 16 |
| 3.2 | Análisis Descriptivo | 16 |
| 3.3 | Análisis Bivariado..... | 17 |
| 3.4 | Análisis Multivariado | 17 |
| 4 | DISCUSIÓN | 18 |
| 4.1 | Comparación con otros estudios | 19 |
| 4.2 | Relevancia en Salud pública..... | 20 |
| 4.3 | Fortalezas y Limitaciones | 21 |
| 5 | CONCLUSIONES..... | 21 |
| 6 | REFERENCIAS | 23 |
| 7 | ANEXOS..... | 28 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla de variables | 28 |
| Tabla 1.1: Características de las participantes del estudio, Perú 2014-2019 (N=3860) | 31 |
| Tabla 1.2: Prevalencia de Violencia doméstica según regiones, Perú 2014-2019 (N=3860) | 32 |
| Tabla 2: Relación entre las características de los participantes y la presencia de síntomas depresivos. ENDES Perú 2014-2019 | 33 |
| Tabla 3: Análisis de regresión simple (crudo) y ajustado (múltiple) para factores asociados a síntomas depresivos. ENDES Perú 2014-2019..... | 35 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|----------------------------|----|
| Figura 1. Flujograma | 36 |
|----------------------------|----|

1 INTRODUCCIÓN

La depresión tiene una prevalencia considerable alrededor del mundo, según las cifras mostradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 4.4% de las personas en el mundo, 322 millones de personas, sufrían de depresión para el año 2015. El 15% de ellas pertenecen a la región de las Américas, siendo más prevalente en el sexo femenino, alcanzando un pico entre los 55 y 74 años. Entre el 2005 y 2015, el número estimado o total de personas que sufren depresión creció un 18,4%. En Perú, en el año 2015 las enfermedades depresivas afectaron al 4,8% de la población (1). Así también, según un estudio epidemiológico del año 2012 llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM “HD-HN”), en Lima Metropolitana y Callao, la prevalencia de los trastornos depresivos fue de 2,8% en los adultos, siendo más prevalente en mujeres (2).

Según el “Informe mundial sobre la violencia y la salud” desarrollado por la OMS, la violencia interpersonal es aquella infligida por otros individuos hacia una persona, cuya naturaleza puede ser física, psicológica y/o sexual; la cual a su vez alberga la violencia intrafamiliar y la violencia de pareja (3). De acuerdo al informe mencionado, se estima que 520 mil personas fallecieron a causa de violencia interpersonal en el año 2000 (3). Es importante mencionar que las cifras de casos no mortales de violencia interpersonal son incompletas debido al estigma social existente, que lleva a los agraviados a no denunciar dichos actos con las autoridades y en algunas ocasiones ni mencionarlos con otras personas (3). La violencia contra la mujer es cualquier acto o conducta que cause muerte, sufrimiento físico, psicológico y/o sexual a una mujer (4). Según la OMS, a nivel mundial la prevalencia de mujeres que han sido violentadas física y/o sexualmente en algún punto de sus vidas es del 30%. (5). Estudios realizados en distintos países, señalan que la cantidad de mujeres que en algún punto de su vida refieren haber recibido abuso físico por parte de su pareja masculina se encuentra entre el 10% y 69%; gran parte de las víctimas de violencia física experimentan más de un tipo de violencia (3).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) señala que el 54,8% de las mujeres en Perú en el año 2020 declaran haber sido violentadas por parte de su pareja alguna vez en sus vidas, siendo la mayor prevalencia en el área urbana (55.3%); con respecto al año 2009 (76,9%), la violencia de pareja disminuyó 22.1%. Entre los tipos de violencia, se encuentran la violencia sexual, la violencia física y la violencia psicológica y/o verbal con una prevalencia de 6%, 27.1% y 50.1% respectivamente (6). Sólo un pequeño porcentaje (26,2%) de las mujeres peruanas que refieren haber sido violentadas físicamente han solicitado ayuda a alguna institución (7).

Si bien diferentes estudios señalan un fuerte vínculo entre la violencia doméstica, siendo esta mayormente proveniente de la pareja, y la presencia de síntomas depresivos en mujeres (8–11); son pocos los estudios publicados que busquen la relación entre la violencia doméstica y síntomas depresivos en una población similar a la de nuestro estudio (11-14). Además, algunas investigaciones (15–17) indican que existe relación entre síntomas depresivos maternos y la interrupción dentro de los primeros meses de la lactancia materna. Esto puede llegar a ser un problema puesto que, para los niños menores de seis meses, la lactancia materna les brinda todos los nutrientes necesarios, ayuda a su desarrollo psicomotor (18), disminuye la morbilidad

y mortalidad de enfermedades infecciosas no respiratorias e infecciones respiratorias (18–20) y disminuye el riesgo de desarrollo del síndrome de muerte súbita del lactante (21); siendo en todos los casos más efectivos cuando la lactancia materna fue exclusiva.

Respecto a la lactancia materna, según datos brindados por la OMS en conjunto con la Unicef (22), solo 23 de 194 países evaluados presentan una prevalencia de lactancia exclusiva superior al 60%, siendo Perú uno de estos. De acuerdo a los datos mostrados por la ENDES 2020 (6), la prevalencia de niños menores de seis meses que recibieron lactancia materna a nivel nacional fue de 68.4%, en las zonas urbanas de 63.4% y en las zonas rurales de 81%. Si bien hay un leve aumento de prevalencia respecto al año anterior, esto aún es menor a lo visto en años anteriores.

La violencia hacia la mujer no solo tiene una repercusión en su salud, sino que también tiene repercusiones socioeconómicas. Por un lado, en el aspecto económico según el reporte de la OMS (3) en los Estados Unidos se evidenció que las mujeres violentadas en algún momento de su vida tenían mayor riesgo de desempleo, mayor rotación entre trabajos, problemas en el desempeño laboral y menores ingresos; en tanto en Nicaragua se evidenció que las mujeres violentadas ganan un 46% menos que las mujeres no violentadas. Por el lado social, es sabido que la violencia causa inseguridad, minusvalía y es mal visto en la sociedad, lo cual hace que las mujeres violentadas no puedan realizar sus actividades cotidianas, esto se puede ver en el reporte mencionado anteriormente de la OMS (3), el cual menciona que en la India el 11% de las mujeres violentadas no podía realizar las tareas del hogar adecuadamente.

Por todo lo mencionado anteriormente sobre la violencia doméstica, la prevalencia de depresión existente, y la relación de ambas en madres lactantes, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación: ¿La presencia de violencia doméstica tiene relación a la presencia de síntomas depresivos en madres de 15 a 49 años de edad con niño lactante de 0-6 meses de edad?

1.1 JUSTIFICACIÓN

La violencia es un problema alarmante y que prevalece en todo el mundo, de acuerdo con la OMS una de cada tres mujeres en algún punto de su vida han sido víctimas de violencia física o sexual, mientras que en el Perú la ENDES del 2020 mostró que la violencia por parte de la pareja se presentó en casi dos tercios de las mujeres (6). Además, la OMS señala que no solo la salud de la agraviada se ve afectada por la violencia, sino que también afecta a los niños y la sociedad (5), a esta última ya que la violencia ocasiona elevados costos económicos y sociales.

De igual manera la prevalencia mundial de depresión es preocupante, y aún más su aumento conforme pasan los años. Según la OPS, entre los años 2005-2015 hubo un aumento del 18,4% de la prevalencia de depresión a nivel mundial (1). En el Perú en el año 2012, en Lima Metropolitana y Callao, los trastornos depresivos en adultos presentaron una prevalencia de 2,8%, siendo más prevalente en las mujeres, según lo indica un estudio llevado a cabo por el INSM “HD-HN” (2).

Con respecto a la lactancia materna exclusiva (LME) en Perú (6), la tasa aumentó de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en el 2000. Para el año 2020 la tasa de lactancia materna

exclusiva en Perú fue de 68.4% (6), lo cual es mayor a la tasa que se puede apreciar a nivel mundial la cual es de tan solo 40% (22).

Dada la alta prevalencia de violencia hacia la mujer que existe en Perú, la poca investigación que busque relación entre violencia y síntomas depresivos en nuestra población objetivo, y la presencia de estudios que sugieren relación entre síntomas depresivos y prevalencia de lactancia materna, consideramos importante evaluar si existe asociación entre violencia doméstica y síntomas depresivos en madres con niño lactante de 0 a 6 meses de edad en Perú del año 2014 al 2019.

1.2 HIPÓTESIS

Existe relación entre la presencia de violencia doméstica y la presencia de síntomas depresivos en madres de 15 a 49 años de edad con niño lactante de 0-6 meses de edad

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

- Evaluar la asociación entre violencia doméstica y síntomas depresivos en madres de 15 a 49 años con niño lactante de 0 a 6 meses de edad.

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar la prevalencia de violencia doméstica en madres de 15-49 años con niños lactantes de 0-6 meses de edad, a nivel nacional y por regiones, en el Perú del año 2014 al 2019.
- Evaluar la prevalencia de síntomas depresivos en madres de 15-49 años con niños lactantes de 0-6 meses de edad, a nivel nacional y por regiones, en el Perú del año 2014 al 2019.
- Evaluar otros factores asociados a síntomas depresivos en madres de 15-49 años con niños lactantes de 0-6 meses de edad, a nivel nacional, en el Perú del año 2014 al 2019.

2 MATERIALES Y METODOS

2.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio observacional transversal analítico que utiliza una base secundaria de la encuesta poblacional (ENDES) realizada en los años 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 en el Perú, a cargo INEI (23).

2.2 POBLACIÓN

Se utilizó la base poblacional de la ENDES la cual incluye a las 25 regiones políticas del Perú (24 departamentos y la provincia constitucional del Callao). En este estudio la población la conforman mujeres de 15 a 49 años con hijo lactante de 0 a 6 meses de edad que se encuentran en la ENDES 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de inclusión

- Madres de 15-49 años con data completa para la variable outcome (Síntomas depresivos - Cuestionario PHQ9)
- Madres de 15-49 años con data completa para la variable exposición (Violencia doméstica)
- Madres de 15-49 años con hijo de 0 a 6 meses de edad con data de lactancia materna
- Madres de 15-49 años con hijo vivo al momento del cuestionario

Es necesario contar con data completa en todas las preguntas del PHQ9 puesto que esta es nuestra variable dependiente. De igual manera es importante contar con todas las preguntas relacionadas a violencia ya que es nuestra variable independiente. En tanto se considerará a las madres que dan de lactar a sus hijos puesto que es una característica importante en nuestro estudio. Finalmente se considerará a las madres con hijos vivos ya que, al realizar las lecturas de la base de datos de lactancia, esta contiene datos de lactancia en niños que no están vivos en el momento del cuestionario los cuales podrían ser distractores respecto a nuestra variable dependiente.

2.3.2 Criterios de exclusión

- Madres de 15-49 años con hijos de parto múltiple menores de 6 meses.
- Madres de 15-49 años que sea residente habitual del hogar donde se realizó el cuestionario

No se considera a madres con hijos de parto múltiple (gemelos, trillizos, etc.) ya que al considerarlas habría duplicidad de datos, esto debido a que cada hijo duplicaría la información de la madre y podría conllevar a resultados equívocos. En tanto se considerará solo a las madres que sean residentes habituales del hogar (mediante las preguntas ¿vive habitualmente aquí? y ¿durmió en casa anoche? realizadas por la ENDES) para que la muestra sea más representativa de la zona y también porque la violencia doméstica al ser sistemática, la mujer debe ser residente de ese hogar para haber sido víctima de esta.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Toda aquella madre con hijo menor de 6 meses que cumpla con los criterios de inclusión.

2.5 UNIDAD DE MUESTREO

Toda aquella madre con hijo menor de 6 meses que cumpla con los criterios de inclusión.

2.6 MUESTRA Y MUESTREO

La muestra la conforman los datos que corresponden a las 25 regiones políticas del Perú recolectada por la ENDES 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019; extraída de las bases de datos "Cuestionario del Hogar", "Cuestionario de Salud" y "Cuestionario individual de la Mujer". La ENDES contiene una muestra representativa de la población peruana que se obtuvo mediante un muestreo bietápico probabilístico estratificado a nivel departamental y por área urbana y rural, realizada mediante conglomerados y vivienda particular en el área urbana y mediante empadronamiento rural y vivienda particular en el área rural (23).

Para el cálculo del poder se empleó los datos obtenidos de dos investigaciones (13;14) con lo cual usamos el programa Epidat 4.2 y consideramos la proporción esperada en la población 1 en 91.4% y la proporción esperada en población 2 en 81.2% con un nivel de confianza del 95%, resultando un poder de 100%.

2.7 VARIABLES

(Ver Anexos: Tabla de Variables)

2.7.1 Variable dependiente

Se consideró a síntomas depresivos en madres de niños de 0-6 meses de edad como una variable categórica dicotómica (sí, no), que fue explorada en el Cuestionario de Salud (23) por medio de la versión traducida al español del PHQ-9 (24). Se decidió dicotomizar la variable utilizando el punto de corte ≥ 10 (puntos totales), ya que según un metaanálisis (25) este punto de corte posee una especificidad del 92% y una sensibilidad del 80% para los síntomas depresivos.

2.7.2 Variable independiente

Se consideró a violencia doméstica en madres de niños de 0-6 meses de edad como variable categórica dicotómica (sí, no), la cual será obtenida si la madre marcó "Sí" en alguna de las preguntas 1004-1005 en la ENDES 2014-2019; que fue explorada en el Cuestionario Individual (23). A su vez se evaluaron específicamente como variables categóricas dicotómicas (sí, no) a la violencia psicológica y/o verbal, prevalencia de madres que respondieron "SÍ" en cualquiera de las preguntas 1004 en la ENDES 2014-2019, violencia física, prevalencia de madres que respondieron "SÍ" en la pregunta 1005 (subítems A, B, C, D, E ,F o G) en la ENDES 2014-2019; y violencia sexual, prevalencia de madres que respondieron "SÍ" en la pregunta 1005 (subítems H o I) en la ENDES 2014-2019; que fueron exploradas en el Cuestionario Individual de la Mujer (23).

2.7.3 Covariables

Consideramos la siguiente variable cuantitativa: edad de la madre (en años). Consideramos las siguientes variables categóricas: edad de la madre por rango (15 - 19 años, 20 - 24 años, 25 - 29 años, 30 - 34 años, 35 - 39 años, 40 - 44 años, 45 - 49 años), educación de la madre (superior, secundaria, primaria, sin educación), estado civil (separada, divorciada, viuda, conviviente, casada, soltera), lugar de residencia (rural, urbano), región natural (Lima metropolitana, resto costa, sierra, selva), deseo de gestación (no más gestaciones; sí, pero no en ese entonces; sí, en ese entonces), parto por cesárea (sí, no), contacto piel a piel inmediato con el hijo (sí, no), nivel socioeconómico (muy rico, rico, medio, pobre, muy pobre).

2.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio los datos se obtuvieron a partir de la base de datos de la ENDES de los años 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019; de las cuales se utilizaron los módulos correspondientes para la investigación, estos datos son de acceso público y gratuito por la página web del INEI: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp> (23).

2.9 INSTRUMENTOS

La ENDES realiza diferentes preguntas para poder obtener los datos, con respecto a los síntomas depresivos, emplean la versión en español del cuestionario PHQ-9, la cual se compone de nueve elementos (criterios del DSM-IV que corresponden a síntomas depresivos), cada uno con puntuaciones de 0 a 3 y un puntaje total con rango de 0 a 27, con lo cual se permite evaluar la presencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas (24); el cual ha sido validado a nivel internacional (24) y en el Perú (26). Respecto a la violencia doméstica, se explora en diferentes ámbitos, como la violencia psicológica y/o verbal, evaluada en la pregunta 1004; la violencia física, evaluada en la pregunta 1005 (subítems A, B, C, D, E, F o G); y la violencia sexual, evaluada en la pregunta 1005 (subítems H o I).

2.10 PLAN DE ANÁLISIS

El presente estudio es un análisis el cual empleamos una base de datos secundaria. El análisis estadístico de las variables se llevó a cabo a través del programa STATA (StataCorp, College Station, TX, EE.UU.). En el análisis descriptivo, las variables categóricas fueron descritas mediante proporciones y la variable cuantitativa mediante la media, edad de la madre en nuestro caso. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado, al tratarse de variables categóricas y al ser nuestra muestra no pareada se procedió a evaluar los valores esperados, tras lo cual se empleó chi cuadrado. Finalmente, para el análisis multivariado, al tratarse de un estudio transversal y ser el outcome una variable categórica, empleamos el modelo de regresión de Poisson para calcular las razones de prevalencia (PR) y con ello evaluamos la fuerza de asociación.

Tanto para el análisis bivariado como multivariado crudo y ajustado se consideró un nivel de significancia $p \leq 0,05$ para confirmar la asociación empleando un nivel de confianza del 95%.

Los análisis se llevaron a cabo teniendo en cuenta el muestreo complejo del estudio (opción svy en Stata) considerando en el área urbana los conglomerados de viviendas y viviendas particulares y en el área rural el empadronamiento rural y viviendas particulares como unidades

de muestreo; y los factores de expansión de mujeres lactantes como pesos muestrales. Los estratos fueron: el área sede, el resto urbano y el área rural.

2.11 ÉTICA

El presente estudio es un análisis de base de datos secundaria (ENDES 2014-2019), en la cual los entrevistadores solicitan el consentimiento informado de cada entrevistado antes de comenzar con la entrevista y la consiguiente recolección de datos. Así también, no se toman datos de identificación personal de los participantes, se les codifica aleatoriamente, con lo cual se garantiza la confidencialidad de identidad de cada uno. El comité de ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas evaluó el proyecto de tesis, una vez aprobado se procedió a su ejecución. Los datos empleados son de acceso público (23).

3 RESULTADOS

3.1 Características de la muestra

Tras la selección de los módulos correspondientes y unión de las bases de los años 2014 al 2019, el total de encuestadas resultantes fue de 195225, a estas se les aplicó los criterios de inclusión y criterios de exclusión correspondiente, tras lo cual se obtuvo un total de 3860 encuestadas finalmente.

3.2 Análisis Descriptivo

La media de edad de las mujeres encuestadas fue de 28.93 años. El rango de edad en el cual se encontraban la mayoría de mujeres fue de 25 - 29 años (27.63%) y los rangos con menor número de participantes son de 40 - 44 años (5.29%) y 45 - 49 años (0.35%). Con respecto al nivel educativo, aquellas que indican no tener ningún nivel de educación representan tan solo el 1.52% de las mujeres del estudio, mientras que el 46.44% indica haber concluido la secundaria. En el caso del estado civil, la gran mayoría indica ser convivientes (68,24%) y tan solo una (0.09%) indica estar divorciada. Así mismo, la región donde residen la mayoría de las participantes es la región sierra (30.76%) y la de menor participación es la región selva (19.91%). Además, la mayoría (67,13%) reside en entorno urbano. De las participantes, el 47.68% indica haber querido estar embarazada en ese entonces; el 68.68% haber dado a luz por medio de cesárea; y el 54.77% haber tenido contacto piel a piel inmediato con su hijo en el postparto. Así también, el estrato socioeconómico muy pobre es el que predomina (29.60%) y el muy rico el que menos (11.90%). De todas las mujeres incluidas en el estudio, el 23.95% sufrió violencia doméstica. La violencia física fue el tipo de violencia más frecuente (18.59%), seguida por violencia psicológica y/o verbal (15.45%) y violencia sexual (2.88%). Así también, el 5.25% de participantes presentaron síntomas depresivos (PHQ-9 \geq 10). (Tabla 1.1)

Con relación a la prevalencia de violencia doméstica entre las participantes por regiones del Perú, la prevalencia en Lima metropolitana, resto costa, sierra y selva es de 20.96%, 22.54%, 26.87% y 24.80% respectivamente. (Tabla 1.2)

3.3 Análisis Bivariado

Sobre la violencia doméstica: Del total de encuestadas, de aquellas mujeres que sufrieron violencia doméstica, el 10.51% presentaron síntomas depresivos; mientras que de las que no sufrieron de violencia, el 3.60% presentaron síntomas depresivos. Con respecto de aquellas que sufrieron violencia psicológica y/o verbal, el 13.88% indicaron la presencia de síntomas depresivos; mientras que de las que no la sufrieron, el 3.67% indicaron su presencia. Así también, de aquellas participantes que sufrieron violencia física, el 11.63% presentaron síntomas depresivos; comparado con las que no la sufrieron, donde el 3.79% presentaron los mencionados síntomas. Por último, de aquellas que sufrieron violencia sexual, el 19.94% indicaron la presencia de síntomas depresivos; comparado con las que no la sufrieron, donde el 4.82% indicaron la presencia de síntomas depresivos. Todos estos porcentajes obtenidos de la comparación entre grupos de violencia y depresión resultaron significativos ($p < 0.001$). (Tabla 2)

Sobre las covariables: Del total de participantes de este estudio, con respecto al lugar de residencia, el 5.97% de mujeres residentes de zona urbana presentaron síntomas depresivos, al igual que el 3.77% de las mujeres residentes de zona rural. Con respecto al deseo de gestación, el 4.36% de mujeres que indica haber querido estar embarazada en ese entonces presentaron síntomas depresivos, al igual que el 4.33% de las mujeres que deseaban esperar más para quedar embarazadas y el 8.54% de las mujeres que no querían otro embarazo. Así también, según el nivel socioeconómico, el 3.17% de las mujeres de estrato socioeconómico muy pobre presentaron síntomas depresivos; de igual manera, en los estratos socioeconómicos pobre, medio, rico y muy rico el 5.72%, 8.17%, 6.87% y 2.95% presentaron síntomas depresivos respectivamente. Tanto las variables de lugar de residencia, deseo de gestación y nivel socioeconómico se asociaron con síntomas depresivos ($p < 0.001$). Las variables de nivel educativo, estado civil, región natural, parto por cesárea, contacto piel a piel con el hijo y edad no presentaron asociación con síntomas depresivos ($p > 0.05$). (Tabla 2)

3.4 Análisis Multivariado

Para el análisis multivariado, se emplearon solo las variables que mostraron asociación con síntomas depresivos, las cuales fueron: violencia doméstica, violencia psicológica y/o verbal, violencia física, violencia sexual, lugar de residencia, deseo de gestación y nivel socioeconómico.

Análisis crudo: Con respecto a violencia doméstica, se mostró que todos los tipos de violencia presentaban asociación con la presencia de síntomas depresivos; las mujeres que refirieron violencia doméstica tuvieron 2.92 veces mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos en comparación a aquellas que nunca recibieron este tipo de violencia (IC 95% 1.96 - 4.36), mientras que las mujeres que sufrieron violencia psicológica y/o verbal, violencia física o violencia sexual presentaron 3.78 (IC 95% 2.55 - 5.60), 3.06 (IC 95% 2.07 - 4.54) y 4.14 (IC 95% 2.52 - 6.81) mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos, respectivamente, en comparación a las mujeres que no sufrieron ningún tipo de violencia. Con respecto a las covariables, se evidenció que las residentes de zona rural presentan 0.63 menor probabilidad

de presentar síntomas depresivos que las que residen en zona urbana (IC 95% 0.43 - 0.93). Las mujeres que en el momento de su embarazo no querían más gestaciones presentan 1.96 mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos que las mujeres que si deseaban quedar embarazadas en ese entonces (IC 95% 1.26 - 3.03). Así también, con respecto al nivel socioeconómico, se evidenció que las mujeres de estrato socioeconómico pobre, medio y rico tienen 1.80 (IC 95% 1.14 - 2.85), 2.57 (IC 95% 1.47 - 4.52) y 2.17 (IC 95% 1.24 - 3.77) mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos, respectivamente, que las de estrato muy pobre.

Análisis ajustado: Se evidenció que las mujeres que refirieron violencia doméstica presentan 2.64 mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos que las mujeres no violentadas (IC 95% 1.75 - 3.98). Con respecto a las covariables, se encontró que las mujeres que en el momento de su embarazo no querían más gestaciones presentan 1.83 mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos que las mujeres que si deseaban quedar embarazadas en ese entonces (IC 95% 1.16 - 2.89). Así también, con respecto al nivel socioeconómico, se evidenció que las mujeres de estrato socioeconómico pobre, medio y rico tienen 1.71 (IC 95% 1.05 - 2.78), 2.61 (IC 95% 1.40 - 4.85) y 2.46 (IC 95% 1.29 - 4.68) mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos, respectivamente, que las de estrato muy pobre.

4 DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio demuestran que la violencia doméstica y la presencia de síntomas depresivos en madres con niño lactante de 0 a 6 meses presentan una asociación significativa, lo cual coincide con el estudio de Silva, el cual empleó la ENDES de los años 2014 al 2016 (14); pero no coincide con lo encontrado por Jaucala, el cual utilizó la ENDES 2018 pero solo con datos de la región Lima (13). Al hacer un análisis más exhaustivo acerca de los tipos de violencia que integran la violencia doméstica y su asociación con síntomas depresivos, la violencia sexual y psicológica y/o verbal son aquellas que aumentan más la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en las madres. Así también, otros factores que se asociaron a síntomas depresivos en madres con niño lactante de 0 a 6 meses fueron el lugar de residencia, deseo de gestación y nivel socioeconómico; pertenecer al nivel socioeconómico medio fue el factor de riesgo más fuertemente asociado a la existencia de síntomas depresivos.

Los datos encontrados en el presente estudio con respecto a la prevalencia de violencia doméstica (23.95%) en madres con niño lactante de 0 a 6 meses varían con los datos publicados por las últimas ENDES, donde la violencia doméstica hacia la mujer representa un mayor porcentaje; como es el caso de la ENDES 2020, donde se indica que, en algún momento de su vida, el 54,8% de las mujeres han sufrido de violencia domésticos (6). Esta variación de datos podría deberse a que nuestra población de mujeres es más específica, mientras que los diversos estudios nacionales e internacionales solo se enfocan en evaluar de un modo general a las mujeres fértiles y/o embarazadas, en este estudio hemos optado por evaluar a madres lactantes de niños de 0 a 6 meses, debido a la falta de estudios con esta población en específico. A pesar de esta variación de los resultados, el problema es claro, la continua prevalencia de violencia doméstica hacia la mujer en el Perú, a pesar de los esfuerzos y logros en su disminución en los últimos años (6).

Respecto a la prevalencia de síntomas depresivos (5.25%) en madres con niño lactante de 0 a 6 meses se evidencia cierta similitud con la prevalencia de depresión en la población general reportado por la OPS en Perú (1) y por el INSM "HD-HN" (2). En tanto, respecto a la prevalencia de síntomas depresivos en una población similar a la nuestra, es similar a la de Silva (14) pero varía en gran medida con lo encontrado por Jaucala (13) y por un estudio

realizado en Chile que evalúa la depresión post parto en diferentes países de Latinoamérica (27). Si bien este último estudio evalúa la depresión post parta y no la depresión o síntomas depresivos, llama la atención la gran diferencia que se encuentra entre las prevalencias de síntomas depresivos entre los estudios. Como se mencionó anteriormente, la variación podría deberse a que la población de nuestro estudio es más específica que las de los otros estudios.

4.1 Comparación con otros estudios

Los estudios que demuestran la asociación entre violencia doméstica y el desarrollo de síntomas depresivos en la mujer son varios. A pesar de ello, no se han hallado estudios que evalúen la asociación entre violencia doméstica y síntomas depresivos en nuestra población objetivo, madres con niño lactante de 0 a 6 meses. En este estudio se ha tratado de utilizar covariables similares a las empleadas en los demás estudios; sin embargo, ciertos datos no son brindados por la ENDES o simplemente están incompletos por lo cual su extrapolación no es posible.

Otros estudios que emplean la ENDES para evaluar la relación entre violencia y síntomas depresivos en mujeres también han encontrado una fuerte asociación entre ambas. Un ejemplo de esto lo podemos ver en el estudio de Silva (14), el cual encontró que las mujeres que presentaron violencia de pareja tuvieron 2.49 veces mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos; en tanto un meta análisis estadounidense (11) encontró que las mujeres violentadas por sus parejas tenían entre 1.5 y 2 veces mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. De los tipos de violencia, la violencia sexual mostró mayor prevalencia de síntomas depresivos y una mayor asociación a esta, esto es compatible con el estudio de Silva (14), un estudio sueco (28) y un estudio africano (29 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6486451/>), en los cuales la violencia sexual es el que presenta mayor asociación con la presencia de síntomas depresivos.

Así también, otros estudios realizados por el INSM “HD-HN” donde se evalúa la relación entre el maltrato sistemático (al menos una o dos veces al mes se produjo algún tipo de violencia o maltrato) con trastornos clínicos (como episodios depresivos) en las mujeres por regiones del Perú, han demostrado una prevalencia significativa de episodios depresivos en las mujeres maltratadas sistemáticamente. En el estudio llevado a cabo el año 2002 en Lima metropolitana y Callao (30), se evidenció que la prevalencia de episodios depresivos en mujeres maltratadas sistemáticamente fue del 22.1%; comparado a nuestro estudio donde se halló solo un 7.29% de prevalencia en Lima metropolitana. En otro estudio llevado a cabo el año 2006 en la costa peruana (31), se halló una prevalencia de episodios depresivos del 7.6% en las mujeres maltratadas sistemáticamente, mientras que en nuestro estudio hallamos un 4.39% de prevalencia. Además, el estudio del año 2003 llevado a cabo en la sierra peruana (32), halló una prevalencia de episodios depresivos del 10.0% en las mujeres maltratadas sistemáticamente; comparado a nuestro estudio donde se halló un 5.37% de prevalencia. Por último, otro estudio llevado a cabo el año 2004 en la selva peruana (33), encontró una prevalencia de episodios depresivos del 6.5% en las mujeres maltratadas sistemáticamente; datos que se aproximan a los hallados en el presente estudio (3.77%). Como se puede apreciar, la prevalencia por regiones de síntomas depresivos en las mujeres violentadas domésticamente es bastante similar entre los estudios llevados a cabo por el INSM “HD-HN” y el nuestro, excepto para Lima metropolitana.

El lugar de residencia mostró tener asociación con la presencia de síntomas depresivos, lo cual difiere del estudio de Silva (14), siendo el área urbana la que presentaba mayor prevalencia de síntomas depresivos, lo cual coincide en lo encontrado en un estudio colombiano (34). De igual

manera el deseo de gestación está asociado con la presencia de síntomas depresivos siendo las mujeres que no querían más embarazos el grupo con mayor prevalencia de síntomas depresivos, esto es contrario a lo encontrado en el estudio realizado por Pizarro (35), quien emplea la ENDES 2018, el cual no encuentra asociación entre la planificación familiar y la presencia de síntomas depresivos. Finalmente, el nivel socioeconómico también mostró estar asociado a la presencia de síntomas depresivos siendo el nivel socioeconómico medio el que mayor prevalencia y asociación presentó, esto coincide con lo encontrado por Silva (14) pero difieren en lo encontrado por Pizarro (35), el cual no encuentra asociación entre las variables, y por un estudio estadounidense (36) el cual, si encuentra asociación, pero la prevalencia y asociación es mayor con los niveles socioeconómicos más bajos.

4.2 Relevancia en Salud pública

A nivel mundial un 27% de las mujeres en edad reproductiva (15 – 49 años) han sido violentadas físicas y/o sexualmente por sus parejas, mientras que en la región de las Américas este número llega al 25%, esto según las cifras brindadas por la OMS (5). Además, de acuerdo con la OPS, en tiempos de emergencia la violencia contra la mujer se incrementa, lo cual incluye la pandemia por COVID-19 que actualmente estamos viviendo (37); esto se ve apoyado en que, de acuerdo con la ONU, en algunos países durante la pandemia se incrementó cinco veces las llamadas a líneas de asistencia (38). Con lo expuesto anteriormente y los resultados del estudio, es crucial que el personal de salud identifique de manera adecuada los signos de violencia en las mujeres que acuden a los centros de salud y realizar el descarte de depresión en ellas. Actualmente en Perú, según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (39), se debe realizar el tamizaje de violencia basada en género (VBG) mediante la Ficha de Tamizaje de VBG y el tamizaje de depresión, tanto en la atención preconcepcional, en los controles prenatales y en las citas del puerperio. De igual manera según la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años (40) se debe realizar el tamizaje de violencia familiar con la ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil. Estas medidas son de suma importancia puesto que la detección temprana de violencia o de depresión ayuda a tomar las medidas más adecuadas según sea el caso de manera precoz.

Con respecto a la crianza del lactante, como ya se mencionó anteriormente, la depresión está asociada al cese de la lactancia materna exclusiva (15–17), lo cual conllevaría a todos los problemas de salud ya mencionados anteriormente. Además, un estudio (41) mostró que los bebés de madres con síntomas depresivos están más expuestos a un clima afectivo desfavorable, lo cual genera un estado afectivo negativo que conlleva al desapego madre-hijo. El mismo estudio (41) demostró que los hijos de madre deprimida suelen desarrollar un estado anímico de enojo, tristeza y depresión, lo cual afecta a sus interacciones con personas nuevas, teniendo interacciones negativas frente a otros adultos desconocidos. Así también, se ha demostrado que la depresión en las madres tiene repercusiones a futuro en sus hijos, ya que estudios (42) evidenciaron la relación entre madres deprimidas y la alta prevalencia de problemas conductuales y emocionales en niños en rangos de edad entre los 1 a 18 años.

La importancia de este tipo de estudio yace en que, en el Perú, la salud mental sigue siendo un problema de salud pública, y tanto la salud mental como la salud materna son problemas sanitarios que son parte de las prioridades nacionales de investigación en Perú 2019-2023 según el MINSA (43); por lo que esperamos que este estudio pueda ayudar a identificar y manejar los factores que se asocian con la depresión materna. De igual manera, los estudios que muestren la prevalencia de síntomas depresivos o depresión en una población similar a la nuestra son

pocos, por lo cual consideramos que nuestro estudio puede ayudar a dar más información en este apartado.

4.3 Fortalezas y Limitaciones

La fortaleza del presente estudio es que, al realizar el análisis de varios años (del 2014 al 2019), podemos contar con un poder bastante alto, lo cual nos permite reducir el error aleatorio. Además, como mencionamos anteriormente, el uso del cuestionario PHQ 9 se encuentra validado en Perú y a nivel internacional.

Mientras que algunas limitaciones de la investigación son: Por un lado, la posible existencia de sesgo de información por parte de la encuestada, con lo cual no podemos estar completamente seguros que las encuestas sean respondidas totalmente con la verdad.

Para evitar el sesgo de información, la ENDES selecciona a las mujeres a quienes se le va aplicar la sección de "Violencia doméstica" por medio de una tabla de números aleatorios, en el cual se toma en cuenta el último dígito del número de selección de la vivienda (portada del "Cuestionario del Hogar") y el número de mujeres entre 15-49 años en el listado del hogar (columna 9 del "Cuestionario del Hogar"), estos datos se entrelazan y se obtiene un número aleatorio que indica cual mujer debe ser encuestada (según número de lista); y antes de comenzar con las preguntas se verifica que la mujer cuente con completa privacidad.

Así también, otra limitación que encontramos durante la realización de este estudio fue que no se pudo evaluar la depresión postparto ya que la ENDES no realiza la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, siendo esta la herramienta más adecuada para evaluar la depresión postparto, la cual hubiese sido una variable importante que evaluar para así poder establecer una relación más adecuada entre nuestra variable dependiente y nuestra variable independiente. De igual manera, otra limitación fue la imposibilidad de estudio de todas las variables que deseábamos, una de estas fue el alcoholismo, la cual un estudio español (44) mostró asociación entre el consumo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos; la otra variable fue el estado nutricional, ya que un estudio cubano (45) mostró asociación entre la obesidad y la depresión. En ambos casos no se pudieron estudiar las variables, ya que gran número de participantes no contaban con data completa en la ENDES para estas variables.

5 CONCLUSIONES

- Se encontró asociación entre la violencia doméstica y la presencia de síntomas depresivos en madres con niño lactante de 0 a 6 meses según la ENDES 2014-2019.
- La prevalencia de violencia doméstica en madres con niño lactante de 0 a 6 meses a nivel nacional en el Perú es de 23.95%; así también, la prevalencia a nivel nacional de violencia psicológica y/o verbal, física y sexual es de 15.45%, 18.59% y 2.88% respectivamente. Por regiones, la prevalencia de violencia doméstica en Lima metropolitana, resto costa, sierra y selva es de 20.96%, 22.54%, 26.87% y 24.80% respectivamente.
- La prevalencia de síntomas depresivos en madres con niño lactante de 0 a 6 meses a nivel nacional en el Perú es de 5.25%. Por regiones, la prevalencia de síntomas

depresivos en Lima metropolitana, resto costa, sierra y selva es de 7.29%, 4.39%, 5.37% y 3.79% respectivamente.

- Los otros factores que mostraron asociación con síntomas depresivos en madres con niño lactante de 0 a 6 meses a nivel nacional en el Perú son lugar de residencia, deseo de gestación y nivel socioeconómico.

6 REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales [Internet]. [citado 3 de junio 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
2. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao- Replicación 2012. Lima: Informe General. Anales de Salud Mental [Internet]. 2013 [citado 27 de febrero 2022]; XXIX (1): 1-392. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 27 de febrero 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
4. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015 [Internet]. Perú. 2009 [citado 3 de junio 2020]. Disponible en: https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13102/PLAN_13102_Plan%20Nacional%20Contra%20la%20Violencia%20Hacia%20la%20Mujer%202009-2015_2010.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. 2021 [citado 27 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2020 [Internet]. Lima, Perú; 2021 May [citado 27 de febrero 2022]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf
7. CEPAL. Si no se cuenta, no cuenta. Información sobre la violencia contra las mujeres. [Internet]. Cuadernos de la CEPAL. Naciones Unidas, CEPAL; 2012 [citado 3 de junio 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27859/S2012012_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Carneiro J, Gomes N, Estrela F, Santana J, Mota R, Erdmann A. Domestic violence: repercussions for women and children. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 Aug 17 [citado 3 junio 2020];21(4). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bwj4BTRVjMp8CdBRLRWwfzM/?lang=en>
9. Zancan N, Habigzang L. Emotional regulation, symptoms of anxiety and depression in women with a history of intimate partner violence. Psico-USF [Internet]. 2018 Jan

- [citado 3 junio 2022];23(2):253–65. Disponible:
<https://www.scielo.br/j/pusf/a/g3D3JYhThCJDjNGcZ7f4rxd/?lang=pt>
10. Llosa S, Canetti A, Llosa S, Canetti A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicol Conoc y Soc* [Internet]. 2019 May [citado 3 junio 2022];9(1):138–60. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262019000100138
 11. Beydoun H, Beydoun M, Kaufman J, Lo B, Zonderman A. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2012 [citado 3 de junio 2020]; 75(6):959–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22694991/>
 12. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *An la Fac Med* [Internet]. 2012 Dec [citado 3 de junio 2020];70(2):115. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000200006
 13. Jaucala G. Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020. 59 p. [citado 3 de junio 2020]. Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2912>
 14. Silva A. Asociación entre violencia de pareja y síntomas depresivos en mujeres de 15-45 años en el Perú [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2020. 32p. Disponible en:
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/648828#:~:text=Se%20analizar%20los%20datos%20de,por%20parte%20de%20su%20pareja.>
 15. Vieira E, Caldeira N, Eugênio D, Di Lucca M, Silva I. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: A cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26.
 16. Dennis C, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics* [Internet]. 2009 [citado 3 de junio 2022];123:736-751. Disponible en:
<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/123/4/e736/71403/The-Relationship-Between-Infant-Feeding-Outcomes?redirectedFrom=fulltext>
 17. Woolhouse H, James J, Gartland D, McDonald E, Brown S. Maternal depressive symptoms at three months postpartum and breastfeeding rates at six months postpartum: Implications for primary care in a prospective cohort study of primiparous women in Australia. *Women and Birth*. 2016 Aug 1;29(4):381–7.

18. Organización Panamericana de la Salud. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia [Internet]. 2002 [citado 3 de junio 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18539>
19. Quigley M, Carson C, Sacker A, Kelly Y. Exclusive breastfeeding duration and infant infection. *Eur J Clin Nutr*. 2016 Dec 1;70(12):1420–7.
20. Frank N, Lynch K, Uusitalo U, Yang J, Lönnrot M, Virtanen S, et al. The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC Pediatr*. 2019 Sep 18;19(1):339.
21. Thompson J, Tanabe K, Moon R, Mitchell E, McGarvey C, Tappin D, et al. Duration of breastfeeding and risk of sids: An individual participant data meta-Analysis. *Pediatrics* [Internet]. 2017 [citado 3 de junio 2020];140(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29084835/>
22. World Health Organization; Unicef. Global Breastfeeding Scorecard, 2017: Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes [Internet]. [citado 3 de junio 2020]. Disponible en: www.unicef.org/
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Documentos metodológicos [Internet]. 2018 [citado 10 de junio 2020]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp>
24. Test Review: Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9). *Rehabil Couns Bull* [Internet]. 2014 [citado 10 de junio 2020];57(4):246–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0034355213515305>
25. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2007 Nov;22(11):1596–602.
26. Calderón M, Gálvez-Buccollini J, Cueva G, Bromley C. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2012 [citado 10 de junio 2020];29(4):578-578. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027&lng=es
27. Molero K, Machado J, Charles S V., Zambrano N, Benítez A, Quiroz E, et al. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 Jul 1 [citado 30 de noviembre 2022];79(4):294–304. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

28. Lövestad, S, Löve, J, Vaez, M et al. 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* 17, 335 (2017).
29. Okafor C, Barnett W, Zar H, Nhapi R, Koen N, Shoptaw S, et al. Associations of Emotional, Physical or Sexual Intimate Partner Violence and Depression Symptoms among South African Women in a Prospective Cohort Study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2021 May 1 [citado 27 de febrero 2022];36(9–10):NP5060. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30160637/>
30. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2002; XVIII (1-2): 1-197.
31. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2007; XXIII (1 y 2):1-226.
32. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2004; XIX (1-2): 1-216.
33. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. *Anales de Salud Mental*. 2005; XXI (1-2): 1-212.
34. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev. salud pública* [Internet]. 2014 Jul [citado 26 de noviembre 2021]; 16(4): 534-546. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000400006&lng=es. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40673>
35. Pizarro C. Factores asociados a la depresión posparto: Análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2018. [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020. 79p [citado 20 de octubre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3002>
36. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Sep [citado 20 de octubre 2021];61(3):591–603. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596076>
37. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 y violencia contra la mujer: Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer [Internet]. [citado 29 de octubre 2021]. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52034/OPSNMHMHCovid19200008_spa.pdf

38. ONU Mujeres. Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres [Internet]. [citado 29 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
39. Ministerio de Salud del Perú. NTS N°105 – MINSA/DGSP.V.01. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2013. 59p.
40. Ministerio de Salud del Perú. NTS N°137 – MINSA/2017DGIESP. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2017. 131p.
41. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. Harv Rev Psychiatry [Internet]. 2009 [citado 30 de noviembre 2022];17(2):147–56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19373622/>
42. Fritsch M, Montt S, Solís G, Pilowsky D, Rojas C. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? Rev Med Chil [Internet]. 2007 May [citado 30 de noviembre 2022];135(5):602–12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2019 – 2023 [Internet]. [citado 29 de octubre 2021]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion>
44. Míguez M, Permuy B. Características del alcoholismo en mujeres. Rev. Fac. Med. [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 29 de noviembre de 2022];65(1):15-22. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/57482>
45. Quirantes M, Mesa R, Quirantes H, et al. Depresión en mujeres adultas con exceso de peso corporal. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2015;12(1).

7 ANEXOS

Tabla de variables

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional | Categoría | Tipo de variable | Escala de medición | Fuentes de información |
|---|--|---|-----------------------------------|------------------|--------------------|--|
| Variable dependiente | | | | | | |
| Síntomas depresivos en madres de niños de 0-6 meses | Madres con puntaje ≥ 10 en el cuestionario PHQ9 | Prevalencia de madres que dieron positivo al test PHQ 9 en la ENDES 2014-2019 | Sí (≥ 10) No (< 10) | Categoría | Nominal | Base de dato "Cuestionario de salud" (29) |
| Variable independiente | | | | | | |
| Violencia doméstica | Todos los actos de agresión que ocurran dentro del hogar, ya sea física, psicológica /verbal y/o sexual ejercida contra la mujer | Prevalencia de madres que respondieron "Sí" en cualquiera de las preguntas 1004-1005 en la ENDES 2014-2019 | Sí No | Categoría | Nominal | Base de datos "Cuestionario individual de la mujer" (29) |
| Violencia psicológica y/o verbal | Agresión mediante expresiones descalificadoras que se proponen desmerecer y menospreciar a la mujer | Prevalencia de madres que respondieron "Sí" en cualquiera de las preguntas 1004 en la ENDES 2014-2019 | Sí No | Categoría | Nominal | Base de datos "Cuestionario individual de la mujer" (29) |
| Violencia física | Agresión mediante actos físicos en contra de la mujer | Prevalencia de madres que respondieron "Sí" en la pregunta 1005 (subitems A, B, C, D, E, F o G) en la ENDES 2014-2019 | Sí No | Categoría | Nominal | Base de datos "Cuestionario individual de la mujer" (29) |
| Violencia sexual | Cualquier acto sexual, tentativa de consumir un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de la mujer | Prevalencia de madres que respondieron "Sí" en la pregunta 1005 (subitems H o I) en la ENDES 2014-2019 | Sí No | Categoría | Nominal | Base de datos "Cuestionario individual de la mujer" (29) |

| Covariables | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|--|--------------|---------|----------------------|
| Edad madre | Tiempo de vida en años | Número de años al momento de la entrevista | Valores en años de edad de la madre | Cuantitativa | Razón | ENDES 2014-2019 (29) |
| Edad de la madre por rango | Tiempo de vida en años | Número de años al momento de la entrevista | 15 - 19 años 20 - 24 años 25 - 29 años 30 - 34 años 35 - 39 años 40 - 45 años 45 - 49 años | Catagórica | Ordinal | ENDES 2014-2019 (29) |
| Nivel de educación de la madre | Nivel educativo alcanzado por la madre, según los años de formación académica | Prevalencia de madres sin educación y con educación | Sin educación Primaria Secundaria Superior | Catagórica | Ordinal | ENDES 2014-2019 (29) |
| Estado civil de la madre | Condición en la que se encuentra actualmente la madre en base a si tiene o no pareja | Prevalencia de madres con pareja y sin pareja basado en la categorización de la pregunta 1001 | Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada Separada | Catagórica | Nominal | ENDES 2014-2019 (29) |
| Región natural | Unidad geográfica con características semejantes como su clima, relieve, flora y fauna | Prevalencia de madres que residen por región natural del Perú | Lima metropolitana Resto costa Sierra Selva | Catagórica | Nominal | ENDES 2014-2019 (29) |
| Lugar de residencia | Agrupación de las unidades singulares de la población con el fin de producir una distribución homogénea de la población según una serie de cualidades relativas a su modo de vida. | Prevalencia de madres que residen en área rural y urbana | Rural (pueblo, campo) Urbana (capital de departamento, ciudad) | Catagórica | Nominal | ENDES 2014-2019 (29) |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|------------|---------|----------------------|
| Deseo de gestación | Embarazo que se produjo sin previa planificación o sin el deseo la mujer | Prevalencia de madres cuyo embarazo fue deseado o no deseado | No más gestaciones Sí, pero no en ese entonces Sí, en ese entonces | Catagórica | Nominal | ENDES 2014-2019 (29) |
| Parto por cesárea | Intervención quirúrgica para extraer al feto del vientre y así evitar el parto natural | Prevalencia de madres cuyo parto fue por cesárea o no | Si No | Catagórica | Nominal | ENDES 2014-2019 (29) |
| Contacto piel a piel inmediato con el hijo | Acción tomada en el postparto inmediato para fortalecer la relación madre-hijo | Prevalencia de madres que tuvieron contacto piel con piel inmediatamente del postparto | Si No | Catagórica | Nominal | ENDES 2014-2019 (29) |
| Nivel socioeconómico de la madre | Medida del estado económico personal según la posesión de bienes | Prevalencia de los diferentes niveles socioeconómicos de las madres. | Muy pobre Pobre Medio Rico Muy rico | Catagórica | Ordinal | ENDES 2014-2019 (29) |

Tabla 1.1: Características de las participantes del estudio, Perú 2014-2019 (N=3860)

| Variables | | Número (%) | IC 95% |
|---|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Características sociodemográficas de las participantes | | | |
| Edad | Media | 28.93 | 28.7 - 29.2 |
| Edad por rango | 15 - 19 años | 306 (7.32%) | 6.4 - 8.4 |
| | 20 - 24 años | 784 (19.47%) | 17.9 - 21.1 |
| | 25 - 29 años | 1058 (27.63%) | 25.8 - 29.6 |
| | 30 - 34 años | 931 (24.07%) | 22.3 - 25.9 |
| | 35 - 39 años | 572 (15.87%) | 14.4 - 17.5 |
| | 40 - 44 años | 194 (5.29%) | 4.4 - 6.3 |
| | 45 - 49 años | 15 (0.35%) | 0.2 - 0.7 |
| Nivel educativo | Sin educación | 66 (1.52%) | 1.1 - 2.0 |
| | Primaria | 918 (22.73%) | 21.1 - 24.5 |
| | Secundaria | 1,817 (46.44%) | 44.3 - 48.6 |
| | Superior | 1,059 (29.31%) | 27.2 - 31.5 |
| Estado civil | Soltera | 21 (0.72%) | 0.4 - 1.2 |
| | Casada | 853 (24.84%) | 22.9 - 26.9 |
| | Conviviente | 2740 (68.24%) | 66.1 - 70.3 |
| | Viuda | 17 (0.46%) | 0.2 - 0.9 |
| | Divorciada | 1 (0.09%) | 0.01 - 0.6 |
| | Separada | 228 (5.65%) | 4.8 - 6.7 |
| Región natural | Lima Metropolitana | 355 (23.43%) | 21.5 - 25.5 |
| | Resto Costa | 1060 (25.91%) | 24.3 - 27.6 |
| | Sierra | 1327 (30.76%) | 29.0 - 32.6 |
| | Selva | 1118 (19.91%) | 18.8 - 21.3 |
| Lugar de residencia | Urbano | 2,485 (67.13%) | 64.9 - 69.3 |
| | Rural | 1,375 (32.87%) | 30.7 - 35.1 |
| Deseo de gestación | Sí en ese entonces | 1,784 (47.68%) | 45.6 - 49.8 |
| | Sí, pero no en ese entonces | 1,198 (30.86%) | 28.9 - 32.9 |
| | No más gestaciones | 878 (21.45%) | 19.8 - 23.2 |
| Parto por cesárea | No | 2768 (68.68%) | 66.5 - 70.8 |
| | Si | 1092 (31.32%) | 29.2 - 33.5 |
| Contacto piel a piel inmediato con el hijo | No | 1644 (45.23%) | 43.0 - 47.5 |
| | Si | 2216 (54.77) | 52.5 - 57.0 |
| Nivel socioeconómico | Muy pobre | 1286 (29.60%) | 27.7 - 31.6 |
| | Pobre | 1114 (26.19%) | 24.3 - 28.2 |
| | Medio | 683 (18.74%) | 17.1 - 20.5 |
| | Rico | 482 (13.56%) | 12.1 - 15.2 |
| | Muy rico | 295 (11.90%) | 10.1 - 13.9 |
| Violencia | | | |
| Violencia doméstica | No | 2845 (76.05%) | 74.2 - 77.8 |
| | Si | 1015 (23.95%) | 22.2 - 25.8 |

| | | | |
|---|----|---------------|-------------|
| Violencia psicológica y/o verbal | No | 3212 (84.55%) | 83.0 - 86.0 |
| | Si | 648 (15.45%) | 14.0 - 17.0 |
| Violencia física | No | 3087 (81.41%) | 79.8 - 83.0 |
| | Si | 773 (18.59%) | 17.1 - 20.2 |
| Violencia sexual | No | 3740 (97.12%) | 96.3 - 97.7 |
| | Si | 120 (2.88) | 2.3 - 3.7 |
| Síntomas depresivos | | | |
| Síntomas depresivos | No | 3674 (94.75%) | 93.6 - 95.7 |
| | Si | 186 (5.25%) | 4.3 - 6.4 |

IC: Intervalo de confianza

Tabla 1.2: Prevalencia de Violencia doméstica según regiones, Perú 2014-2019 (N=3860)

| Regiones | Violencia doméstica | |
|--------------------|----------------------------|--------------|
| | No | Si |
| Lima Metropolitana | 267 (79.04%) | 88 (20.96%) |
| Resto Costa | 808 (77.46%) | 252 (22.54%) |
| Sierra | 948 (73.13%) | 379 (26.87%) |
| Selva | 822 (75.20%) | 296 (24.80%) |

Tabla 2: Relación entre las características de los participantes y la presencia de síntomas depresivos. ENDES Perú 2014-2019

| Características | Sin síntomas depresivos | Con síntomas depresivos | Valor de p* |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| | (n=3673) | (n=186) | |
| Violencia doméstica | | | p<0.001 |
| No | 2762 (96.40%) | 83 (3.60%) | |
| Si | 912 (89.49%) | 103 (10.51%) | |
| Violencia psicológica y/o verbal | | | p<0.001 |
| No | 3109 (96.33%) | 103 (3.67%) | |
| Si | 565 (86.12%) | 83 (13.88%) | |
| Violencia física | | | p<0.001 |
| No | 2988 (96.21%) | 99 (3.79%) | |
| Si | 686 (88.37%) | 87 (11.63%) | |
| Violencia sexual | | | p<0.001 |
| No | 3579 (95.18%) | 161 (4.82%) | |
| Si | 95 (80.06%) | 25 (19.94%) | |
| Nivel educativo | | | p=0.4986 |
| Sin educación | 63 (94.79%) | 3 (5.21%) | |
| Primaria | 876 (95.49%) | 42 (4.51%) | |
| Secundaria | 1720 (93.97%) | 97 (6.03%) | |
| Superior | 1015 (95.40%) | 44 (4.60%) | |
| Estado civil | | | p=0.5404 |
| Soltera | 20 (90.54%) | 1 (9.46%) | |
| Casada | 813 (96.16%) | 40 (3.84%) | |
| Conviviente | 2622 (94.44%) | 118 (5.56%) | |
| Viuda | 15 (90.65%) | 2 (9.35%) | |
| Divorciada | 1 (100%) | 0 (0%) | |
| Separada | 203 (93.03) | 25 (6.97%) | |
| Región natural | | | p=0.1098 |
| Lima Metropolitana | 333 (92.71%) | 22 (7.29%) | |

| | | | |
|---|---------------|-------------|----------|
| Resto Costa | 1015 (95.61%) | 45 (4.39%) | |
| Sierra | 1255 (94.63%) | 72 (5.37%) | |
| Selva | 1071 (96.21) | 47 (3.79%) | |
| Lugar de residencia | | | p=0.0182 |
| Urbano | 2353 (94.03%) | 132 (5.97%) | |
| Rural | 1321 (96.23%) | 54 (3.77%) | |
| Gestación deseada | | | p=0.0097 |
| Sí en ese entonces | 1710 (95.64%) | 74 (4.36%) | |
| Sí pero no en ese entonces | 1155 (95.67%) | 43 (4.33%) | |
| No más gestaciones | 809 (91.46%) | 69 (8.54%) | |
| Parto por cesárea | | | p=0.0689 |
| No | 2646 (95.46%) | 122 (4.54%) | |
| Si | 1028 (93.19%) | 64 (6.81%) | |
| Contacto piel a piel inmediato con el hijo | | | p=0.6696 |
| No | 1566 (94.49%) | 78 (5.51%) | |
| Si | 2108 (94.96%) | 108 (5.04%) | |
| Nivel socioeconómico | | | p=0.0076 |
| Muy pobre | 1240 (96.83%) | 46 (3.17%) | |
| Pobre | 1051 (94.28%) | 63 (5.72%) | |
| Medio | 646 (91.83%) | 37 (8.17%) | |
| Rico | 457 (93.13%) | 25 (6.87%) | |
| Muy rico | 280 (97.05%) | 15 (2.95%) | |
| Edad por rango | | | p=0.3667 |
| 15 - 19 años | 297 (95.54%) | 9 (4.46%) | |
| 20 - 24 años | 757 (96.81%) | 27 (3.19%) | |
| 25 - 29 años | 1013 (94.76%) | 45 (5.24%) | |
| 30 - 34 años | 880 (94.42%) | 51 (5.58%) | |
| 35 - 39 años | 528 (92.65%) | 44 (7.35%) | |
| 40 - 44 años | 184 (93.43%) | 10 (6.57%) | |

| | | |
|--------------|-----------|--------|
| 45 - 49 años | 15 (100%) | 0 (0%) |
| Edad | 28.85 | 30.33 |

* p<0,05 mediante la prueba de Chi cuadrado

Tabla 3: Análisis de regresión simple (crudo) y ajustado (múltiple) para factores asociados a síntomas depresivos. ENDES Perú 2014-2019

| Variables | Análisis Crudo | | | Análisis Ajustado | | |
|---|----------------|-------------|------------|-------------------|-------------|------------|
| | RP(c) | IC al 95% | Valor de p | RP(a) | IC al 95% | Valor de p |
| Violencia doméstica | | | | | | |
| No | 1 | Ref | | 1 | Ref | |
| Si | 2.92 | 1.96 - 4.36 | p<0.001 | 2.64 | 1.75-3.98 | p<0.001 |
| Violencia psicológica y/o verbal | | | | | | |
| No | 1 | Ref | | - | - | - |
| Si | 3.78 | 2.55 - 5.60 | p<0.001 | - | - | - |
| Violencia física | | | | | | |
| No | 1 | Ref | | - | - | - |
| Si | 3.06 | 2.07 - 4.54 | p<0.001 | - | - | - |
| Violencia sexual | | | | | | |
| No | 1 | Ref | | - | - | - |
| Si | 4.14 | 2.52 - 6.81 | p<0.001 | - | - | - |
| Lugar de residencia | | | | | | |
| Urbano | 1 | Ref | | 1 | Ref | |
| Rural | 0.63 | 0.43 - 0.93 | p=0.019 | 0.99 | 0.63-1.58 | p=0.982 |
| Gestación deseada | | | | | | |
| Sí en ese entonces | 1 | Ref | | 1 | Ref | |
| Sí pero no en ese entonces | 0.99 | 0.57 - 1.74 | p=0.981 | 0.96 | 0.55 - 1.66 | p=0.876 |
| No más gestaciones | 1.96 | 1.26 - 3.03 | p=0.003 | 1.83 | 1.16 - 2.89 | p=0.009 |
| Nivel socioeconómico | | | | | | |
| Muy pobre | 1 | Ref | | 1 | Ref | |
| Pobre | 1.80 | 1.14 - 2.85 | p=0.012 | 1.71 | 1.05 - 2.78 | p=0.032 |
| Medio | 2.57 | 1.47 - 4.52 | p=0.001 | 2.61 | 1.40 - 4.85 | p=0.003 |
| Rico | 2.17 | 1.24 - 3.77 | p=0.006 | 2.46 | 1.29 - 4.68 | p=0.006 |
| Muy rico | 0.93 | 0.41 - 2.10 | p=0.860 | 1.14 | 0.46 - 2.85 | p=0.772 |

RP(c): Razón de prevalencia crudo; RP(a): Razón de prevalencia ajustado; IC: Intervalo de confianza

Figura 1. Flujograma

