



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE
LA REGIÓN RURAL: UN ANÁLISIS DE FUENTE SECUNDARIA. PERÚ, 2020-
2022**

TESIS

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

AUTORA

Cuba Ramirez, Katherine Paola (ORCID: 0000-0003-4113-0322)

ASESOR

Espinoza Rojas, Rubén (ORCID: 0000-0002-1459-3711)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Cuba Ramirez, Katherine Paola

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 47655197

Datos de asesor

ASESOR: Espinoza Rojas, Rubén

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 10882248

Datos del jurado

PRESIDENTE: Guillén Ponce, Norka Rocío

DNI: 29528228

ORCID: 0000-0002-5654-1194

MIEMBRO: Torres Malca, Jenny Raquel

DNI: 40602320

ORCID: 0000-0002-7199-8475

MIEMBRO: Hernández Patiño, Rafael Iván

DNI: 09391157

ORCID: 0000-0002-5654-1194

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Cuba Ramirez, Katherine Paola, con código de estudiante N° 201711540, con DNI N° 47655197, con domicilio en Jr. Los Arabiscos Mz. H Lt. 36C Urb Los Jardines, distrito San Juan de Lurigancho., provincia y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada; "Violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de la región rural: un análisis de fuente secundaria. Perú, 2020-2022", es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Espinoza Rojas, Rubén, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 5 % de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 02 de abril de 2024



Katherine Paola Cuba Ramirez

DNI: 47655197

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE LA REGIÓN RURAL: UN ANÁLISIS DE FUENTE SECUNDARIA. PERÚ, 2020-2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

Submitted to Ponce Health Sciences University

Trabajo del estudiante

1%

3

repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

Submitted to University of North Carolina, Greensboro

Trabajo del estudiante

1%

Excluir citas

Activo

Excluir bibliografía

Activo

Excluir coincidencias < 1%

DEDICATORIA

A mis padres, Consuelo, Juana y Orlando por su paciencia y apoyo incondicional durante mi formación académica.

A mi hermano por ser mi mejor aliado en esta travesía, a mi perro Figo por su fiel compañía, a mis amistades con quienes compartí este camino lleno de aprendizaje, a mis docentes de quienes aprendí no solo de medicina, sino también cómo ser mejor persona.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por guiarme en esta aventura que emprendí con mucho optimismo y alegría, pero a la vez con cierta cautela y respeto por la gran responsabilidad que trae consigo una carrera como medicina humana.

Aprovecho en agradecer a mi familia quienes me brindaron esta gran oportunidad de poder estudiar la carrera que tanto anhelaba, por su presencia en cada paso que he dado y por sus palabras de aliento cuando lo necesitaba.

Agradezco a mis amigos de casi toda la vida (Lila, Tatiana, Karla, Maricruz, Juan José) y a los amigos que hice en el camino de la medicina, por su sincera amistad, por aconsejarme, soportar mis cambios de ánimo y entender mis horarios difíciles.

Finalmente, agradecer a mi asesor Rubén Espinoza Rojas por guiarme en la realización de la presente tesis compartiendo su gran conocimiento.

RESUMEN

Introducción: La depresión es un problema de salud pública por su riesgo potencial de generar discapacidad funcional afectando a la persona a nivel individual, familiar y en su comunidad.

Objetivo: Determinar la relación entre violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de la región rural: un análisis de fuente secundaria. Perú, 2020-2022

Métodos: Estudio transversal, analítico, observacional y retrospectivo. La recolección de información se realizó mediante la base de datos de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar durante el periodo 2020-2022, el procesamiento de información mediante el programa SPSS versión 27 a través del cual se realizó un análisis univariado, bivariado y multivariado, se calculó las razones de prevalencia crudas y ajustadas con un nivel de significancia ($p < 0.05$) e intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se obtuvo un total de 6797 mujeres que residen en el área rural a nivel nacional de las cuales 5.7% presentaron síntomas depresivos y 38.4% fueron víctimas de violencia de pareja íntima. Las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa fueron violencia física (RPa= 3.374; IC95%:2.139-5.324) y psicológica (RPa= 1.793; IC95%: 2.139-5.324), estado civil no casada (RPa= 1.569; IC95%: 1.288-1.912), lengua originaria (RPa=1.443; IC95%:1.185-1.757), antecedente de maltrato físico por el padre (RPa= 2.383; IC: 1.569-3.619)

Conclusiones: Existe relación entre violencia de pareja íntima en sus dimensiones de violencia física y psicológica con la presencia de síntomas depresivos.

Palabras clave: depresión, violencia de pareja íntima, mujer

ABSTRACT

Introduction: Depression is a public health problem due to its potential risk of generating functional disability affecting the person at individual, family and community levels.

Objective: To determine the relationship between intimate partner violence and depressive symptoms in rural women: a secondary source analysis. Peru, 2020-2022

Methods: Cross-sectional, analytical, observational and retrospective study. The information was collected using the Demographic and Family Health Survey database during the period 2020-2022, the information was processed using the SPSS 27 versión program through which a univariate, bivariate, and multivariate analysis was performed, the crude and adjusted prevalence ratios were calculated with a significance level ($p < 0.05$) and 95% confidence interval.

Results: A total of 6797 women residing in rural areas nationwide were obtained, of whom 5.7% presented depressive symptoms and 38.4% were victims of intimate partner violence. The variables that presented statistically significant associations were physical (RPa= 3.374; 95%CI: 2.139-5.324) and psychological violence (RPa= 1.793; 95%CI: 2.139-5.324), unmarried marital status (RPa= 1.793; 95%CI: 2.139-5.324), unmarried marital status (PRa= 1.569; 95%CI: 1.288-1.912), native language (PRa=1.443; 95%CI:1.185-1.757), history of physical abuse by father (PRa= 2.383; CI: 1.569-3.619).

Conclusions: There is a relationship between intimate partner violence in its dimensions of physical and psychological violence and the presence of depressive symptoms.

Key words: Depression, Intimate partner violence, Women

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.5 DELIMITACION DEL PROBLEMA	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	5
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	6
2.2. BASES TEÓRICAS	14
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	23
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	25
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS.....	25
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	25
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	26
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	26
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	26
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	27
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	28
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	28
4.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	29
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
5.1. RESULTADOS.....	30
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	35
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
6.1. CONCLUSIONES.....	40
6.2. RECOMENDACIONES.....	40

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	49
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	49
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	50
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	51
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA	52
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	53
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	54
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	55
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MEDICIÓN DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE LA ENDES QUE CORRESPONDE AL CUESTIONARIO PHQ-9.....	61
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MEDICIÓN DE PRESENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA DE LA ENDES.....	62
ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP	63

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Análisis univariado de depresión, violencia de pareja íntima, factores sociodemográficas y antecedente de maltrato físico por el padre en mujeres de la región rural. Perú, 2020-2022.

Tabla 2. Análisis bivariado entre síntomas depresivos y violencia de pareja íntima, factores sociodemográficos y antecedente de maltrato físico por el padre en mujeres de la región rural. Perú, 2020-2022.

Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado con razón de prevalencia crudo y ajustado de violencia de pareja íntima, factores sociodemográficos y antecedente de maltrato físico por el padre asociados a síntomas depresivos en mujeres de la región rural. Perú, 2020-2022.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud mental considerado discapacitante a nivel funcional que afecta aproximadamente a 280 millones de personas en el mundo y que afecta más a mujeres jóvenes. ⁽¹⁾

Se considera que esta condición es la resultante de una interacción compleja entre una serie de factores biopsicosociales donde en situaciones desfavorables tales como perder el empleo, luto o un evento traumático existe mayor probabilidad de presentarse. ⁽¹⁾

La violencia de pareja íntima es un problema frecuente en mujeres en edad fértil donde a nivel mundial se estima que el 27% de mujeres con pareja señalan haber sufrido violencia física y/o sexual. Asimismo, la persistencia de dicho comportamiento violento en el tiempo perjudica la salud de las mujeres en todas sus dimensiones, siendo la consecuencia más grave el homicidio o el suicidio. ⁽²⁾

Cabe resaltar que las mujeres son quienes se ven más afectadas en ambos escenarios y teniendo en cuenta que desde mediados del siglo pasado hubo un desplazamiento poblacional considerable hacia el área urbana, la representatividad rural a nivel político se vio afectada y con ello la priorización de sus problemas dentro de las estrategias sanitarias. ⁽³⁾ Por lo tanto, las mujeres que residen en el ámbito rural son quienes sufren una clara desventaja en el acceso a servicios de salud debido a las brechas geográficas, socioculturales, económicas, entre otras. ⁽⁴⁾

Si bien la cobertura de servicios de salud mental se descentralizó y ascendió de 1.9% en 2017 a 27.6% en 2022, esta cifra resulta aún insuficiente para cubrir con las necesidades de la población de poder acceder a estos servicios, sobre todo a nivel regional. ⁽⁵⁾

A pesar de que existen alternativas de tratamiento aceptables respecto a la depresión, más de la mitad de las personas afectadas con esta condición no reciben tratamiento en países de bajo y mediano ingreso. ⁽¹⁾

El presente estudio nace como resultado de la preocupación por el impacto que tiene la violencia de pareja íntima y el desarrollo de depresión sobre todo en un grupo en especial poco estudiado dentro de la población vulnerable representada por mujeres que residen en el área rural.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia contra la mujer es un claro ejemplo de violación de los derechos humanos, siendo la violencia de pareja íntima (VPI) una de sus presentaciones más comunes y, por otro lado, también es considerada un problema de salud pública generalizado y devastador por su efecto deletéreo, no solo en la salud global de la mujer a corto y largo plazo, sino también por su alto costo social y económico para los gobiernos, comunidades y personas. (2,6,7)

Es importante tener en cuenta que la VPI pese a que se presenta en mujeres de todas las edades, se ha visto recientemente que las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años están resultando más afectadas. Además, se presentan en todos los países y culturas sin importar si la procedencia es urbana o rural. Sin embargo, en esta última se pueden dar condiciones que agraven su condición tales como aspectos culturales, generacionales y heterogeneidades de género lo que resulta en una visión de la violencia como un proceso natural, así como la construcción de las relaciones hombre-mujer en base al machismo, dominación masculina y a la atribución de una condición de superioridad a los varones sobre las mujeres.⁽⁸⁾ Además, la experimentación de pobreza, la discriminación, el desplazamiento forzado y el abuso de alcohol en esta población contribuye a las tasas altamente desproporcionadas de victimización de la pareja con su consecuente impacto en la salud mental. ^(8,9)

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 2000 y el 2018, se encontró una prevalencia mundial de 27% de violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima a lo largo de su vida en mujeres de 15 a 49 años. La prevalencia en América del Norte fue de 25%, en Europa Oriental de 21%, Asia sur de 35%, en África Subsahariana de 33%, en África del Norte de 30%, Asia occidental de 29% y en América Latina y el Caribe de 25%. ^(2,10)

En una revisión sistemática de VPI en las Américas se encontró que las mujeres que reportaron violencia física y/o sexual fue de 16.7% en Brasil, 14.4% Panamá y 7.6% en Uruguay, mientras que en países como Bolivia la cifra ascendía hasta 58.5%. ⁽¹¹⁾

En Perú, en un estudio de fuente secundaria entre 2015-2017 se encontró una prevalencia de VPI de 38.7% donde la prevalencia sexual, psicológica y física fue de 6.9%, 26.8% y 31.2% respectivamente.⁽¹²⁾ En otro estudio durante ese mismo periodo de tiempo, se encontró que la mujer migrante rural- urbano presentaba 15% más de probabilidad de experimentar VPI que las no migrantes.⁽¹³⁾ En un estudio del 2019 destaca que entre factores que aumentan la tolerancia de VPI se encuentra ser mayor y vivir fuera de la capital.⁽¹⁴⁾

La depresión es un trastorno mental relativamente frecuente en el mundo causante de gran sufrimiento a quienes la padecen y que llega a afectar su vida individual, familiar, educativa, ocupacional y otros ámbitos importantes, siendo el suicidio el peor desenlace. Su etiología es multifactorial y por lo tanto su manejo es multidisciplinario.⁽¹⁾

A nivel mundial se estima que 280 millones de personas o 3.8% de la población padecen depresión, siendo las mujeres las más afectadas.⁽¹⁾ En un estudio en EE. UU se encontró que en abril del 2020 la prevalencia fue de 14.4% en adultos.⁽¹⁵⁾ En Reino Unido se halló una prevalencia de síntomas depresivos leve, moderado y severo de 11.3%, 3.3% y 3.7% respectivamente.⁽¹⁶⁾

A nivel de Latinoamérica, en un estudio realizado en Brasil sobre la prevalencia de síntomas depresivos se encontró que entre el año 2013 y 2019 hubo un incremento de 7.9% a 10.8% respectivamente.⁽¹⁷⁾ Por otro lado, en México se encontró una prevalencia de síntomas depresivos de 15% en el año 2019.⁽¹⁸⁾ Mientras que en Chile se halló que la prevalencia de quienes presentaron episodios de depresión mayor en 2003 y 2010 fueron de 20.5% y 18.4% respectivamente.⁽¹⁹⁾

En Perú, en un estudio se encontró una prevalencia de síntomas depresivos de 2.3% en el 2018 respecto a la presencia de los síntomas en las dos semanas anteriores al momento de la recopilación y 6.2% en quienes la experimentaron en el último año, destacando que en zonas rurales y de bajos ingresos presentaron menor proporción de casos tratados.⁽²⁰⁾

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de la región rural: un análisis de fuente secundaria. Perú, 2020-2022?

1.3 LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El presente estudio se encuentra dentro de las prioridades nacionales de investigación en salud en Perú para el periodo 2019 -2023 en el décimo problema sanitario correspondiente a salud mental que incluye como prioridades de investigación el estado de salud mental negativa según condición de vulnerabilidad y brecha de atención según área geográfica, así como los factores asociados en depresión y violencia. Asimismo, forma parte de las líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma, en el área de conocimiento de medicina, ubicado en el ítem de salud mental.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La prevalencia de violencia de pareja íntima en Perú está por encima de la media a nivel mundial y cabe resaltar que las mujeres que viven en las áreas rurales son las más afectadas por este flagelo, encontrándose de esta manera en una situación de vulnerabilidad. ^(2,12) Esto último se refuerza mediante un estudio que demostró que el 52.3% de las mujeres del área rural ha sufrido algún tipo de violencia, ya sea física, psicológica o sexual. ^(2,12)

Si bien es cierto que la salud de la mujer víctima de VPI se ve afectada en todas sus esferas, el presente estudio se basó en la necesidad de conocer el riesgo que presentan las mujeres del área rural víctimas de violencia de desarrollar el trastorno de depresión mayor mediante su asociación con la variable de síntomas depresivos. Para esto, hay que tener en cuenta que el diagnóstico definitivo de trastorno de depresión mayor es eminentemente clínico y debe ser realizado por un profesional especialista.

Hay que reconocer que en los últimos años se ha hecho esfuerzos en abordar el problema de salud mental, es así como surgen los centros de salud mental comunitarios que en la actualidad se consta de una cantidad 229 a nivel nacional ⁽²¹⁾, sin embargo, esta cifra aún sigue siendo insuficiente y debería complementarse con otras medidas que abarquen un mejor sistema de difusión de información para dar a conocer su existencia a la población⁽²²⁾, esto último resulta fundamental, sobre todo, en las áreas rurales más alejadas del país.

Se espera que los resultados sean de utilidad para tener una mejor visualización de la situación actual que atraviesan las mujeres del área rural víctimas de VPI y el riesgo de padecer depresión ya que, por lo general, la mayoría de los estudios no suelen enfocarse

exclusivamente en este grupo de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, tanto la VPI y la depresión van a tener una gran repercusión a nivel individual, social y económico, por lo que este estudio pretende servir como sustento para la promover la inversión en la ejecución de intervenciones de prevención de las mismas con un enfoque que tenga en cuenta las particularidades de esta población ya que de esta manera podrían resultar más costo-efectivas.

1.5 DELIMITACION DEL PROBLEMA

- Delimitación espacial: Región rural del Perú
- Delimitación temporal: Enero a diciembre 2020-2022
- Delimitación social: Mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de la región rural: un análisis de fuente secundaria. Perú, 2020-2022

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la relación entre factores sociodemográficos y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- Determinar la relación entre violencia física ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- Determinar la relación entre violencia verbal o psicológica ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- Determinar la relación entre violencia sexual ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- Determinar la relación entre el antecedente de maltrato físico ejercido por el padre y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

1. Oswald, DL et al. En el estudio *American women's experiences with intimate partner violence during the start of the COVID-19 pandemic: risk factors and mental health implications* en Estados Unidos, 2023. Estudio transversal analítico, constituido por 677 mujeres mayores de 18 años a más. El objetivo de estudio es investigar las experiencias de las mujeres estadounidenses con VPI (psicológica, física y sexual) en los primeros meses de pandemia COVID-19. Entre sus principales hallazgos se encontró que el promedio de edad fue 37.93 años, el 80.8% convivía o estaban casados, el 12% vivía en el área rural, el 23.4% de mujeres reportó haber sido víctima de VPI físico, mientras el 19.9% reportó haber experimentado al menos una vez VPI sexual y el 38.9% reportó haber experimentado VPI psicológico y finalmente 18.9% experimentó las tres formas de presentación del VPI. Entre los factores de riesgo predictores de VPI se encontró vivir en el área rural, tener un hijo antes de los 18 años, experimentar un agente estresante en el cuidado de salud, estar expuesto al estrés del COVID se asoció con VPI a nivel físico y sexual. Se encontró que el 31% presentó síntomas depresivos, además se encontró asociación entre violencia física, sexual y psicológica con síntomas depresivos ($p < 0.01$). Mujeres que residen en el área rural presentaron 11 veces más riesgo de experimentar VPI sexual, 3 veces más de experimentar VPI físico y 1.4 veces más de presentar VPI psicológica que mujeres que vivían en áreas suburbanas. ⁽²³⁾
2. Halperin, O et al. *Depression, stress and mediating role of intimate partner violence (IPV) among israelí women of childbearing age in the shadow of the COVID-19* en Israel, 2023. Estudio transversal analítico constituido por 710 mujeres casadas. El objetivo de estudio fue estudiar la prevalencia y los factores predictivos de VPI, investigar la prevalencia y factores predictivos de depresión y evaluar si la VPI se relaciona con estrés general, miedo por COVID-19 y depresión. Los resultados revelan que la mayoría se encontraba en el grupo de

edad entre 35 y 45 años (33%), además se encontró que el 40.8% de las participantes estaba en el rango clínico de depresión y 68.6% presentó VPI; mientras que, 34.1% de mujeres víctimas de VPI presentaron rango clínico de depresión. Factores como edad y educación no evidenciaron significancia estadística. La relación entre VPI y depresión fue estadísticamente significativo con $p < 0.001$, cualquier tipo de violencia, física/sexual, verbal y socioeconómica con $OR=3.60$ IC: 2.50-5.19; $OR=3.58$, IC: 2.37-5.41), $OR=3.26$ IC 2.36-4.50; $OR=2.00$ (1.47-2.71) respectivamente. Finalmente, según el modelo de regresión logística jerárquica múltiple para depresión se halló que VPI total se asocia con depresión con un $OR=5.93$ (IC 95% : 2.45-14.33) con p valor < 0.001 .⁽²⁴⁾

3. Mugoya G et al. Depression and intimate partner violence among african american women living in impoverished inner-city neighborhoods en Estados Unidos, 2017. Estudio transversal analítico constituido por 664 mujeres afroamericanas adultas. El objetivo evaluar la victimización por VPI entre las mujeres afroamericanas. Resultados importantes, destaca que el promedio de edad fue de 38.9 años, no casados, pero en pareja (29.2%), casados (6%), completaron la secundaria (60.1%). Además, 73.6% experimentó algún tipo de VPI siendo más frecuente las agresiones psicológicas leves. Factores de riesgo asociados a criterios de depresión mayor fueron las variables edad (25 a 54 años) ($p < 0.05$), recibimiento de apoyo económico ($p < 0.05$) y VPI físico, psicológico, combinado con un $p < 0.00$. Respecto al análisis multivariado, se encontró mujeres que sufrieron VPI psicológica grave ($OR=2.25$, IC 95%: 1.49-3.40), VPI físico grave ($OR=2.92$, IC 95%: 1.94-4.40), ambas formas de VPI grave ($OR=2.02$, IC 95%: 1.26-3.24) son más propensos a sufrir de depresión mayor con $p < 0.01$. Las mujeres que presentaron VPI físico leve ($OR=1.69$, IC 95%: 1.12-2.55) fueron significativamente más propensas a presentar depresión. Aquellas que no recibieron completaron la secundaria y que presentaron violencia psicológica y física presentaron riesgo de padecer depresión ($OR=1.49$, IC 1.07-2.09) y ($OR=1.46$, IC 95%(1.05-2.05) respectivamente con $p < 0.05$.⁽²⁵⁾
4. Yuan W et al. Violencia de pareja íntima y depresión en mujeres en China, 2021. Estudio transversal analítico constituido por 2887 mujeres de seis provincias de tres regiones de China. El objetivo fue estimar la prevalencia de los diferentes tipos de violencia y determinar los factores de riesgo y su asociación con depresión. Entre los resultados destacamos que las características

sociodemográficas destaca que el grupo de la región rural, la mayoría se encontraba entre 31 y 40 años (37.9%), respecto a la ocupación se encontró que la mayoría era profesional/gerente/líder (35.9%), seguido de trabajador/granjero/personal de servicio (33.2%) y desempleadas (30.9%), respecto a los ingresos se encontró que el 9% no tenía ingresos personales, el estado civil actual de la relación casadas/convivientes (89.7%), separada/divorciada/viuda (3.1%), novio/novia (6.4%), solteras, es decir, en relaciones previas (0.8%). La prevalencia de violencia psicológica, física y sexual fue de 77.7%, 40.2% y 11% respectivamente. Asimismo, el 52% había experimentado de dos a tres tipos de violencia en su vida. Prevalencia de depresión fue 65.5% en mujeres que experimentaron cualquier tipo de violencia, 65.8% en mujeres que sufrieron violencia psicológica, 69.5% en mujeres que sufrieron violencia física y 75.8% en mujeres que sufrieron violencia sexual. Para la violencia psicológica, física, sexual y los tres tipos de violencia el OR para depresión fue de 2.57 (95% intervalo de confianza [IC]= [2.15, 3.07]), 2.07 [1.76, 2.43], 2.26 [1.73, 2.95] y 2.58 [2.15, 3.10] respectivamente, después de controlar la edad, ocupación, nivel educativo y residencia. Se concluye altos niveles de prevalencia de violencia pareja íntima, factores de riesgo significativos y alta prevalencia de depresión en las víctimas. ⁽²⁶⁾

5. Okafor CN et al. Asociación de violencia emocional, física o sexual de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres sudafricanas en un estudio de cohorte prospectivo en Sudáfrica, 2021. Estudio cohorte prospectivo constituido por 981 mujeres. El objetivo del estudio fue investigar la asociación longitudinal entre la violencia de pareja íntima emocional, física o sexual y síntomas depresivos. Entre los resultados de interés destaca que la violencia emocional y sexual se relacionó significativamente con los síntomas depresivos con un OR 1.55 (95% intervalo de confianza [IC]= [1.02, 2.34]; p=.039) y 2.02 (95% IC [1.10, 3.72]; p<.001) respectivamente. La relación de violencia física y síntomas depresivos no fue estadísticamente significativa 0.68 (IC 95% [0.44, 1.05]; p=.485). El estudio confirma los hallazgos de países con ingresos altos sobre la asociación entre violencia de pareja y síntomas depresivos. ⁽²⁷⁾
6. Ahmadabadi Z et al. Violencia de pareja íntima y trastorno de depresión y ansiedad posterior en Australia, 2020. Estudio de cohorte longitudinal constituido por 1528 participantes entre hombres y mujeres. El objetivo fue examinar la

asociación temporal entre los diferentes tipos de violencia de pareja íntima en la edad adulta temprana (21 años) y los trastornos de depresión y ansiedad posteriores en la edad adulta (30 años). Entre los resultados destaca mujeres sin antecedentes de depresión, hubo una relación significativa entre violencia de pareja íntima y trastorno depresivo en su forma severa combinada, violencia física, violencia emocional con un OR 2.7 (95% intervalo de confianza [IC]= [1.4, 7.4], 1.8 [1.1-3.0], 1.5 [1.0-2.6] respectivamente. Por otro lado, no se estableció diferencia significativa en mujeres con antecedente de trastorno depresivo. Se concluye la necesidad de intervenciones integradas y específicas que aborden la violencia de pareja íntima como los problemas de salud mental en simultáneo. ⁽²⁸⁾

7. Barchi F et al. Asociación entre síntomas depresivos y violencia de pareja íntima contra la mujer en el Noroeste de Botswana, 2021. Estudio transversal constituido 469 mujeres. El objetivo del estudio fue examinar la naturaleza, el alcance y los factores de riesgo asociados con los síntomas de los trastornos depresivos mayores. Entre los resultados obtenidos se encontró que el promedio de edad de las encuestadas fue de 31 años y el 31.2 % cumplían con los criterios de trastorno depresivo mayor. Se evaluó por medio de la prueba chi cuadrado las asociaciones significativas entre varias características de las mujeres en la muestra y trastorno depresivo mayor destacándose entre ellas: haber experimentado todo tipo de violencia, violencia emocional, violencia física, ingreso mensual bajo (< 250 pulas o 19.46 dólares americanos) con $p < 0.01$; así como el exhibir comportamiento controlador con $p < 0.05$. Entre los factores asociados a trastorno depresivo mayor incluyeron violencia emocional o física por parte de una pareja íntima y estar en una relación en las que ambos consumían alcohol. Una de cada cinco mujeres presentó una experiencia de violencia emocional reciente, mientras que el 37% presentó violencia física reciente. Se encontró asociación entre mujeres que presentaron violencia de pareja íntima emocional y física en los últimos 12 meses con la presentación de síntomas de trastorno depresivo mayor presentando OR= 1.89 (95% intervalo de confianza [IC]= [1.046, 3.4247]; $p < 0.05$) y 1.82 (95% IC [2.022, 3.275]; $p < 0.05$) respectivamente. En los grupos de mujeres que experimentaron violencia de pareja íntima emocional, física y sexual que se encontraban en una relación donde ambos consumían alcohol tenían el doble de probabilidad de presentar síntomas de trastorno depresivo mayor con

- OR= 2.42 (95% intervalo de confianza [IC] = [1.737, 3.368]; $p < 0.01$), 2.28 (95% IC [1.602, 3.236]) y 2.75 (95% IC [1.847, 4.107], $p < 0.01$) respectivamente. ⁽²⁹⁾
8. Oliveira AS et al. Violencia psicológica contra la mujer practicada por un compañero íntimo: estudio transversal en una zona rural de Rio Grande do Sul, 2017 publicado en Brasil, 2021. Estudio transversal constituido por 971 mujeres. Objetivo de estudio fue de estimar la prevalencia y los factores asociados a violencia psicológica ejercida por compañero íntimo contra mujeres residentes en una zona rural de Rio Grande do Sul, Brasil. Entre los resultados encontrados destaca que la prevalencia psicológica fue 17.2% (IC 95% 14.9-19.7), mientras que quienes presentaron diagnóstico de depresión (RP=2.23. IC 95% 1.07-2.91) y que consumieron alcohol en la última semana (RP=1.53. IC 95%: 1.07-2.17) tenían mayor probabilidad de reportar violencia psicológica en la vida, asimismo, las mujeres solteras fueron más propensas (RP=1.86. IC 95% 1.32-2.63) y separadas, divorciadas y viudas (RP=1.96. IC 95%: 1.23-3.13). Se concluye que la violencia psicológica contra las mujeres en zonas rurales se relacionó con problemas de salud mental y consumo de alcohol. ⁽³⁰⁾
 9. Carpena MX et al. Por qué las mujeres brasileñas sufren más depresión e ideación suicida: un análisis de mediación sobre el papel de la violencia publicado en Brasil, 2020. Estudio transversal constituido por 60 202 personas. Objetivo del estudio fue investigar el efecto mediador de la violencia por parte de un familiar o conocido sobre el sexo biológico, depresión e ideación suicida. Entre los resultados de importancia que se obtuvieron destaca que el 52.9% de la población fueron mujeres, 21.6% se encontraban entre 25 y 34 años, 38.1% secundaria completa e incompleta, 20.3% pertenecía al quintil más pobre. Asimismo, las mujeres presentaron mayor prevalencia de episodio depresivo mayor OR=2.36 (IC 95% 2.03-2.74), victimización por violencia OR=1.73 (IC 95% 1.45-2.06). El análisis de mediación mostró que 10.6% de la asociación entre sexo y depresión es explicada por la violencia (OR=5.97, IC 95% 3.10-8.84). ⁽³¹⁾
 10. Nazar G et al. Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 publicado en Chile en 2021. Estudio transversal en el cual participaron 5291 personas mayores de 15 años. Los resultados mostraron que la depresión se presentó más en mujeres que en hombres (RP=10, IC 95% 1.65-2.75). Prevalencia de depresión en general fue de 13.6%,

sin embargo, en el 68.9% de las mujeres entrevistadas presentaron síntomas positivos de depresión. ⁽³²⁾

11. Brar S et al. The relationship between intimate partner violence and probable depression among adolescent girls and Young women in Lilongwe, Malawi publicado en Malawi, 2020. Estudio transversal conformado por 1000 mujeres jóvenes de 15 a 24 años en Lilongwe. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de VPI y su asociación con depresión probable entre adolescentes y mujeres jóvenes. Los resultados mostraron que la edad media de participantes fue 19.2 años, la prevalencia de VPI emocional (59%), física (36%), sexual (46%), todas sus formas (20%). La prevalencia de depresión probable fue de 47%, además se encontró que las mujeres jóvenes que experimentaron violencia de pareja tuvieron más riesgo de presentar depresión, ya sea física (RP: 1.54; IC 95% 1.28-1.86), sexual (1.46; IC 95% 1.21-1.75), emocional (RP: 1.37 ; IC 95%: 1.14-1.64), todas las formas (RP: 1.54; IC 95% 1.41-2.09). ⁽³³⁾
12. Bastida R et al. Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad publicado en Argentina, 2017. Estudio donde participaron 200 personas procedentes de México entre los 23 a 45 años. El objetivo de estudio fue determinar si el estado civil, género y satisfacción marital inciden como factores protectores en depresión y ansiedad. Entre los resultados destaca que en el grupo de mujeres una baja satisfacción marital está asociada a mayores niveles de depresión. Los participantes separados obtuvieron mayores niveles de depresión en comparación con los participantes casados. ⁽³⁴⁾
13. Burani K et al. El castigo corporal se asocia exclusivamente con mayor respuesta neuronal a los errores y una respuesta neuronal embotada a las recompensas en la adolescencia publicado en Estados Unidos, 2023. Estudio longitudinal de dos años en 149 participantes cuyas edades fluctúan entre 11 y 14 años. El resultado más importante fue que en los participantes que experimentaron castigos corporales continuos presentaron más sintomatología depresiva y de ansiedad ($p<0.05$). ⁽³⁵⁾
14. Das T et al. Factores individuales y parentales sobre el trastorno depresivo y sus efectos perjudiciales entre adolescentes y adultos jóvenes: un estudio del estado de Bihar, India, 2022. Estudio longitudinal constituido por 10 433 participantes. El objetivo del estudio fue identificar los factores de riesgo de trastornos depresivos de moderados a graves en adolescentes y adultos jóvenes de Bihar, uno

de los estados más subdesarrollados de la India. El resultado de interés, se encontró que aquellos adolescentes o adultos jóvenes que fueron castigados físicamente por sus padres presentaron más riesgo de presentar trastorno depresivo de moderado a grave con OR=1.59, IC 95%: 1.48-1.71; $p<0.05$.⁽³⁶⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

1. Silva A et al. Asociación entre violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de 15 a 45 años en Perú: Un análisis de tres años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2016 en Perú, 2022. Estudio transversal constituido por 24 099 mujeres en edad fértil. El objetivo fue determinar la asociación entre la violencia de pareja (VPI) y los síntomas depresivos en mujeres peruanas de 15 a 45 años. Entre los principales resultados se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos fue de 6.98% (IC 95%: 6.54-7.20) mientras que la VPI fue de 64.72% (IC 95% 63.66-25). El tipo de violencia más común fue violencia psicológica 63.44% (IC 95%: 63.20-67.07), seguido por la violencia física con 12.31% (IC 95%: 14.01) y sexual 7.05% (IC 95%: 6.96-9.02). El grupo que presentó más síntomas depresivos fue de 35 a 45 años (8.81 %) con $p<0.00$; el 11.15% de las personas sin estudios presentaron síntomas depresivos con $p<0.05$, el 6.54% de las personas de estrato socio económico bajo presentaron síntomas depresivos con valor de $p<0.05$. Por último, se encontró que las víctimas de VPI prestaban 2.47 veces más probabilidades de tener síntomas depresivos en comparación con las que nunca fueron agredidas (IC 95%: 2.08-2.94), VPI física RPa: 2.47 (IC 95% 2.48-3.24), VPI psicológica RPa: 2.37 (IC 95%: 2.00- 2.81), VPI sexual RPa: 3.29 (IC 95% 2.80-3.85) con p valor <0.001 .⁽³⁷⁾
2. Jaucala GL. Implicancia entre depresión y violencia doméstica contra las mujeres en la provincia de Lima en el año 2018 en Perú, 2020. Estudio transversal analítico conformada por 956 mujeres de 15 a 49 años. El objetivo fue determinar si existe implicancia entre la Depresión y Violencia doméstica contra la mujer en la Provincia de Lima. Entre los principales resultados destaca 76.3% presentaron síntomas depresivos y violencia doméstica se presentó en el 35.3%; siendo más frecuente la violencia psicológica (34.7%), seguida por violencia física (12.8%) y sexual (4.3%); mientras que, del grupo de mujeres víctimas de VPI el 81.2% presentó síntomas depresivos. El grupo de edad adultos presentó un OR=1.99 (IC 95% 1.40-2.85, $p<0.001$), violencia doméstica OR=1.55 (IC 95%: 1.12-2.16, $p<0.05$)

respecto a depresión. Por otro lado, respecto a las mujeres víctimas de violencia y su relación con depresión se encontró que las mujeres que recibieron educación solo hasta secundaria presentaron 2.8 veces más riesgo de depresión (IC 95%: 1.50-5.25, $p < 0.001$).⁽³⁸⁾

3. Romero L. Variables sociodemográficas asociadas a la depresión en mujeres de 19 y 49 años de zonas rurales y urbanas según ENDES 2020 en Perú, 2023. Estudio transversal, correlacional constituida por 9 954 mujeres. El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y depresión. Entre los resultados principales se encontró que la prevalencia de depresión en la población estudiada fue de 6%, con respecto a los factores sociodemográficos que estado civil, edad y lugar de residencia están asociadas significativamente a depresión con un valor de $p < 0.05$; por el contrario, nivel educativo y nivel de riqueza no mostraron asociación significativa. Respecto a esto último estar en relación de pareja, ser adulta y residir en zonas urbanas son las variables que están asociadas a depresión.⁽³⁹⁾
4. Zevallos SE. Prevalencia de depresión en poblaciones andinas en Perú, 2015. Estudio transversal analítico constituida por población adulta 3895 correspondieron a sierra urbana y 3031 sierra rural de Ancash, Ayacucho y Cajamarca. El objetivo del estudio fue determinar si existe diferencia en la prevalencia de depresión asociada a pertenencia étnica quechua de la población. Los resultados mostraron que en el área urbana el 51.4% está conformada por mujeres y en el área rural por el 49.3%. En el área rural el 21.3% no ha recibido educación, la mayoría ha recibido primaria y secundaria en el 52.9% y 20.7% respectivamente. Respecto al estado civil en su mayoría conformada por convivientes o casados (73.6%), mientras que el idioma que predomina es el castellano (62.5%). La prevalencia de depresión en grupo quecha y no quechua fue de 17.6% y 15.6% respectivamente, sin embargo, este hallazgo no alcanzó significancia estadística. No obstante, se halló que, en la submuestra por área de residencia, la depresión en población quechua en el área urbana fue de 20.6% vs en la población no quechua con 16.1 y un p valor < 0.005 . La brecha entre el grupo quecha y no quechua se agranda en especial a nivel urbano posiblemente por la exclusión política y social sumado a los conflictos interculturales y psicológicos.⁽⁴⁰⁾

5. Cjuno J et al. Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: Una revisión narrativa en Perú, 2021. Estudio de revisión narrativa constituida por siete estudios. El objetivo del estudio fue describir la atención y producción científica sobre depresión en población quechua hablante. Entre los resultados más significativos se encontró que la depresión en la población quechua hablante fue de 38.9% en Ayacucho. Concluye que la mayoría de los estudios son transversales, los instrumentos utilizados no están adaptados ni validados para todas las variantes del quechua, mientras que, el acceso a los servicios de salud es limitada por las barreras de la cultura, dominio de idioma por parte del personal de salud, estigma y el desconocimiento sobre el trastorno de depresión en esta población. ⁽⁴¹⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA

La violencia de pareja íntima (VPI) es el abuso o agresión caracterizada por la presencia de daño físico, sexual, psicológico y/o acoso que ocurre durante una relación romántica donde el término “compañero íntimo” se refiere tanto a los cónyuges actuales y anteriores, así como a los compañeros de citas. ⁽⁴²⁾ Esto quiere decir, que se puede presentar en un contexto de parejas formales como el matrimonio, así como parejas informales como la cohabitación u otras parejas íntimas regulares. ⁽⁷⁾

Esta ocurre en todos los escenarios y en todos los contextos ya sean socioeconómicos, religiosos y culturales donde la persona que suele lidiar con toda esa carga es la mujer. ⁽⁴³⁾

Además, la frecuencia de estos episodios de violencia, así como la gravedad de esta puede ser variable, desde un episodio hasta episodios crónicos y graves continuos a lo largo del tiempo. ⁽⁴²⁾

TIPOS DE VIOLENCIA

- Violencia física

Se presenta cuando una persona lastima o intenta lastimar a su pareja mediante el uso de golpes con puño, patadas, dar bofetadas o arrojar un objeto que pueda causar perjuicio, arañar, sacudir, empujar, arrastrar, asfixiar o quemar aposta, amenazar con pistola, con

cuchillo u otra arma o hacer uso de estas armas u otro tipo de fuerza física ^(7,42,44,45) Esta tiene potencial de causar muerte, discapacidad, lesión o daño. ⁽⁴⁵⁾

- **Violencia psicológica**

Se presenta mediante el uso de la comunicación ya sea verbal o no verbal, con la intención de dañar mental o emocionalmente a la pareja y/o ejercer control sobre la pareja. ⁽⁴²⁾ Esta incluye el ser insultado o sentirse mal consigo mismo, ser menospreciado o humillado frente a otras personas por parte de la pareja, una pareja haciendo cosas para asustar o intimidar a propósito, por ejemplo, desde su forma de mirar, gritando y rompiendo cosas, que amenace con lastimar a su pareja o a alguien a quien su pareja ame, que le impida ver a alguno de sus familiares o amigos y que se jacte o que traiga novias a casa. ⁽⁴⁴⁾ Además, control coercitivo que incluye la limitación al acceso de transporte, dinero, amigos, familia, vigilancia excesiva del paradero de la pareja; amenazas de violencia física o sexual, así como el control de su salud sexual y reproductiva mediante la negativa del uso de método anticonceptivo o interrupción forzada del embarazo; explotación de la vulnerabilidad de la víctima que puede ser debido a su estado migratorio o estado de discapacidad; así como la aplicación de juegos mentales donde el perpetrador presenta información falsa a la víctima con la intención de hacerle dudar de su propia memoria o percepción. ⁽⁴⁵⁾

- **Violencia sexual**

Se presenta cuando se obliga o intenta obligar a una pareja a participar en un acto sexual, contacto sexual o evento sexual no físico y no se cuenta con el consentimiento de la pareja o esta se encuentra en una situación donde no puede consentir como, por ejemplo, estar demasiado intoxicada por el uso voluntario o involuntario de alcohol y drogas. ^(42,45) También incluye el tener relaciones sexuales por miedo a lo que pueda hacer la pareja, así como ser forzado a hacer algo sexual que la pareja puede considerar humillante o degradante o una combinación de ambos. ⁽⁷⁾

VIOLENCIA EN MUJERES DE LA REGIÓN RURAL

Las mujeres en áreas rurales se encuentran con una serie de limitaciones entre las que podríamos destacar el difícil acceso a la información, mayor tolerancia social, control, miedo de denunciar y difícil acceso a recursos y servicios de ayuda. ⁽⁴⁶⁾

En un estudio en Canadá se encontró que las mujeres de la región rural presentan una serie de factores de riesgo para VPI tales como: ubicación (aislamiento geográfico, falta de transporte y falta de recursos comunitarios) y factores culturales (uso aceptado y disponible de armas de fuego, pobreza, falta de privacidad/ anonimato).⁽⁴⁷⁾

Con respecto a los tipos de violencia a las que son sometidas tenemos como ya se ha mostrado anteriormente, violencia física, violencia psicológica y violencia sexual. Sin embargo, en este grupo de personas se puede agregar la dependencia con relación al marido que se caracteriza por un tipo de violencia que la imposibilita independizarse y salir de esa situación de violencia. Además, señalan que deben enfrentarse a la privación de su libertad ya que le impide la salida del hogar, la priva de participar en grupos y consejos. Por otro lado, las jornadas de trabajo son referidas como un tipo de violencia que se caracteriza por la realización tanto de trabajo doméstico como del trabajo de campo, es decir, trabaja el doble que su pareja.⁽⁸⁾

CICLO DE VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA

El ciclo de la violencia doméstica suele repetir un ciclo de comportamiento en cada relación la cual impide que la víctima se vaya. No todas las relaciones de abuso siguen este patrón, pero muchas víctimas describen la relación de esta manera.⁽⁴⁸⁾

Fase de creación de tensión

Se presenta cuando se acumula tensión durante la relación y las víctimas pueden sentir que “están caminando sobre cáscaras de huevo” alrededor del abusador. Esta fase dura una pocas horas o meses o algo intermedio y cuanto más dure, más inevitable puede comenzar a sentirse una explosión, la víctima no sabe cuál será la última gota.⁽⁴⁸⁾

Se caracteriza por abuso verbal, incidentes menores de palizas y tensión general en la relación. Conforme más tiempo dure esta etapa, más aumenta el nivel de violencia y es en esta etapa donde la mujer asumirá la responsabilidad por los golpes y abusos verbales, intentará calmar al abusador y tratará anticiparse a sus necesidades y estados de ánimo o incluso puede tratar mantenerse alejada de él. Trata de racionalizar la situación atribuyendo la culpa de ese abuso a factores externos a ella (como problemas en el trabajo) o a sus propios comportamientos “inadecuados” (como no tener la cena lista a tiempo), todo esto le impedirá reconocer la responsabilidad del abusador por todo el daño. De

modo que a medida que sus técnicas de afrontamiento fallan y la tensión continúa en ascenso, se llega a un punto de inflexión que es donde ocurre el incidente de “paliza aguda”.⁽⁴⁹⁾

Incidente abusivo

Ocurre una vez que la tensión se rompe y esta puede desarrollarse de múltiples maneras donde generalmente esta parte del ciclo es cuando el abusador ataca físicamente a la víctima: la puede golpear, violar o intentar violar a la víctima. Otros casos de abuso físico y negligencia incluyen negar a la víctima el acceso a las necesidades básicas (cambiar la cerradura de la casa o cortar el acceso a una cuenta corriente compartida). En el caso donde el abuso es principalmente psicológico, el abusador puede negarle a la víctima el acceso a familiares y amigos, llamar a la víctima con nombres humillantes o amenazar con violencia.⁽⁴⁸⁾

Esta fase podría considerarse la más corta de las tres fases puesto que suele durar entre 2 y 24 horas, pero es la más dañina. El abuso en esta etapa puede ser físico, sexual y/o emocional donde el agresor expresa su violencia de manera severa e incontrolada y que si bien el agresor se justifica su propia conducta como si tuviese legítima razón de hacerlo, al final de esta fase puede dañar gravemente a la pareja y es ahí donde ambas partes pueden sorprenderse por la gravedad del mismo, sin embargo, la víctima seguirá minimizando la naturaleza de las lesiones. Además, pese a la gravedad de las heridas, muchas mujeres esperan durante días antes de buscar atención médica y en el caso de las mujeres que decidan denunciar este abuso a la policía será durante esta etapa. Sin embargo, una respuesta inadecuada por parte de la policía puede terminar resultando en que la víctima se vuelva en contra de los oficiales de la policía y sabiendo que no la van a poder ayudar, terminará mostrándole lealtad a su agresor.⁽⁴⁹⁾

Fase de luna de miel

En este periodo el abusador puede que se disculpe, compre regalos o incluso ser más afectuoso con la finalidad de “compensar” el abuso cometido. Muchos van a prometer cambiar, prometen detener el abuso o que nunca más volverá a suceder. Sin embargo, estas garantías esta dirigidas a persuadir a la víctima para que permanezca en la relación. Tener en cuenta que no todas las relaciones abusivas tienen fase de luna de miel ya que para algunos el incidente abusivo es seguido inmediatamente por la fase de tensión creciente antes del próximo incidente. Una vez que esta fase finaliza, la fase de creación

de tensión comienza nuevamente y esas promesas reconfortantes que hizo el abusador se romperán. ⁽⁴⁸⁾

En esta etapa final el abusador reconoce que ha ido demasiado lejos, se disculpará por sus acciones, rogará perdón. Sin embargo, el abusador cree que le ha enseñado una lección a su pareja para que ella cambie su comportamiento y no tenga más que golpearla. Cabe resaltar que es durante esta etapa que la víctima se está recuperando de sus heridas y es más probable que pueda abandonarlo, sin embargo, espera mucho antes de irse y ese momento es aprovechado por el abusador para hacer que se quede a su lado y durante ese periodo ella se pondrá a pensar en cómo esa separación puede afectar a los hijos, su situación económica, incluso la situación legal del agresor, se convence a sí misma que puede cambiar y recuerda por qué se enamoró de su pareja en primer lugar, sin embargo, las tensiones volverán a subir y se volverá a sentir ansiosa cuando aparezcan nuevamente los insultos y agresiones menores dando inicio a la fase de tensión. ⁽⁴⁹⁾

FACTORES DE RIESGO EN LAS MUJERES PARA SUFRIR MALTRATO

Factores de riesgo individuales

- Edad joven, relaciones a corto plazo, discapacidad intelectual, enfermedad mental crónica, educación limitada, bajos ingresos o nivel socioeconómico, estatus indígena, consumo de alcohol y drogas. ⁽⁴⁵⁾

Factores de riesgo en la relación

- Estado civil separado, desacuerdos maritales, malas prácticas de crianza, niveles educativos deficientes o dispares, actitudes negativas hacia las mujeres, historial de abuso infantil o presenciar VPI cuando era niño, tener otras parejas sexuales. ⁽⁴⁵⁾

Factores de riesgo en la comunidad

- Alto nivel de delincuencia, pobreza y desempleo, baja cohesión social, falta de oportunidades, falta de servicios sociales para las víctimas de VPI. ⁽⁴⁵⁾

Factores de riesgo sociales

- Desigualdad de género, devaluación de la mujer, aceptación cultural de la VPI, apoyo social o religioso de la VPI, leyes contra el divorcio. ⁽⁴⁵⁾

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

A nivel de su salud general se ha asociado a infecciones de transmisión sexual, embarazo, problemas de salud crónicos. ⁽⁵⁰⁾ Entre problemas de salud se encuentra el asma, artritis, accidente cerebrovascular y enfermedades cardiovasculares. Debido a estos, se ha propuesto que el estrés agudo y crónica podría activar las vías del sistema inmune y neuroendocrino lo cual aumentaría el riesgo de trastornos crónicos las cuales incluyen enfermedades autoinmunes y cáncer. Sin embargo, otra teoría señala que el acortamiento telomérico durante el estrés crónico podría ser otro mecanismo que explicaría la relación entre la VPI y un pobre estado de salud. ⁽⁵¹⁾

En mujeres en edad reproductiva se ha asociado a una pobre salud sexual y reproductiva incluyendo embarazos no deseados, abortos provocados e infecciones de transmisión sexuales como VIH como resultado, sobre todo, de violencia sexual. ^(2,50,51) Mientras que, se ha visto que en mujeres víctimas de violencia física se puede presentar lesiones tales como contusiones, laceraciones y fracturas sobre todo a nivel de la cabeza, cuello y rostro; asimismo, cabe resaltar que producto de la estrangulación a largo plazo podría producir secuelas como resultado de la anoxia siendo a su vez predictor de lesiones futuras y homicidio. ⁽⁵¹⁾

Respecto al impacto de la VPI en la salud mental de las mujeres destacan depresión, ansiedad, trastorno de estrés post traumático, abuso de sustancias como alcohol y drogas, así como a trastornos alimentarios y problemas de sueño. ^(50,52)

A nivel educativo se ha visto que presentan problemas relacionados a la concentración, ausentismo y falta de compromiso académico, así como a una disminución en el rendimiento la cual incluye calificaciones reprobatorias y tasas más altas de abandono escolar. ⁽⁵³⁾

Las gestantes representan un grupo de especial vulnerabilidad donde se han encontrado que debido a la VPI presentan peor estado de salud general, niveles más altos de distrés psicológico, así como pensamientos y comportamientos suicidas. ⁽⁵⁴⁾ Además se ha relacionado a ansiedad, depresión y enfermedad mental grave. ⁽⁵⁵⁾ Por otro lado, se ha asociado a complicaciones durante el embarazo como muerte, embarazo pretérmino, bajo peso al nacer, depresión post parto, abuso de sustancias. ⁽⁵¹⁾

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la presencia de estas puede variar producto de la interacción entre factores individuales y socioculturales que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres hacia la victimización por VPI. ⁽⁵⁶⁾

DEPRESIÓN

El trastorno de depresión mayor u otros relacionados con el estado de ánimo representan la mayor cantidad de enfermedades psiquiátricas y es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. ⁽⁵⁷⁾

Se refiere a una gama amplia de problemas de salud mental que se caracteriza por la ausencia de afecto positivo, es decir, pérdida de interés y de disfrute en las cosas y experiencias ordinarias, así como bajo estado de ánimo y una variedad de síntomas, ya sea emocionales, cognitivos, físicos y conductuales asociados. ⁽⁵⁸⁾

La gravedad de la depresión se compone de tres elementos: síntomas (varían en cuanto a frecuencia e intensidad), duración del trastorno e impacto en el funcionamiento personal y social. ⁽⁵⁸⁾ Por otro lado, cabe resaltar que tradicionalmente la gravedad se clasificó en cuatro categorías: subumbral, leve, moderada y grave. Sin embargo, la guía National Institute for Health and Care Excellence (NICE) presenta otra clasificación que engloba la tradicional: depresión menos grave (depresión subumbral y leve) y depresión más grave (depresión moderada y grave) para lo cual hace uso de la escala PHQ-9 donde las puntuaciones menores a 16 equivalen a depresión menos grave y puntuaciones mayores e igual a 16 son consideradas como depresión más grave. ⁽⁵⁸⁾

ETIOLOGÍA

Existen una serie de hipótesis que proponen que cambios biológicos pudiesen ser la base del inicio y la recaída y/o recurrencia del trastorno depresivo mayor. Por ejemplo, se ha asociado a alteración en la estructura y función del cerebro, factores gastrointestinales, inmunológicos, endocrinológicos (incluyendo neurotransmisores), factores neurotróficos, hormonas y estrés oxidativo. ⁽⁵⁹⁾

En un metaanálisis se encontró que solo el cortisol presentó un efecto predictivo potencial sobre inicio, recaída y recurrencia de trastorno de depresión mayor, sin embargo, los resultados encontrados estarían influenciados por el estado de la enfermedad, necesiándose más estudios de alta calidad para poder determinar la etiología. ⁽⁵⁹⁾

Además, se han reconocido estresores ambientales tales como el maltrato infantil, conflictos interpersonales y traumas que contribuyen al desarrollo de depresión donde la evidencia actual sugiere que los cambios epigenéticos son un mecanismo clave por el cual factores estresantes interactúan con el genoma conduciendo a cambios estables en la estructura del ADN, expresión génica y comportamiento. Entre los genes que se ven alterados por cambios epigenéticos asociados al estrés y depresión se encuentran: NRC21, SLCA4, BDNF, FKBP5, SKA2, OXTR, LINGO3, POU3F1 e ITGB1.⁽⁶⁰⁾

DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos para depresión mayor se encuentran en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psicología y son los siguientes: ⁽⁶¹⁾

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o placer.

1. Deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según lo indicado por el informe subjetivo o la observación hecha por otros.

2. Interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Pérdida de peso significativa cuando no se está a dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización)

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica donde los criterios A-C representan un episodio depresivo mayor.
- D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco.

ESCALA PHQ-9

Guías internacionales han recomendado el uso del Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) para el cribado de depresión, razón por la cual ha sido ampliamente utilizado en la atención primaria. ⁽⁶²⁾

En una revisión sistemática sobre la precisión del PHQ-9 donde la mayoría de los estudios emplearon un punto de corte de 10, encontraron que la sensibilidad varió de 0.37 a 0.98, la especificidad de 0.42 a 0.99, valor predictivo positivo de 0.09 a 0.92 y valor predictivo negativo de 0.8 a 1. ⁽⁶²⁾

En un metaanálisis concluyen que la sensibilidad del PHQ-9 en comparación con las entrevistas diagnósticas semiestructuradas fue mayor en metaanálisis convencionales previos que combinaron estándares de referencia. Una puntuación de corte de 10 o más maximiza tanto la sensibilidad como la especificidad combinadas en general y para subgrupos. ⁽⁶³⁾

TRATAMIENTO

Inicialmente, el manejo que se recomienda es la psicoterapia y la farmacoterapia en adultos considerando que la decisión final es compartida con el paciente. Entre las opciones que se le pueden brindar destacan: ⁽⁶⁴⁾

En primer lugar, se puede ofrecer psicoterapia (terapia de comportamiento, terapia cognitiva, cognitivo-conductual y basado en la atención plena, psicoterapia interpersonal,

terapia psicodinámica, terapia de apoyo) o antidepresivos de segunda generación, teniendo en cuenta que no se recomiendan monoterapias específicas debido que ambas mostraron efectos similares. ⁽⁶¹⁾

En segundo lugar, se puede ofrecer terapia combinada donde se recomienda terapia cognitivo-conducto o psicoterapia interpersonal más un antidepresivo de segunda generación. ⁽⁶⁴⁾

Sin embargo, cabe la posibilidad que respondan parcialmente o no respondan al tratamiento inicial con el antidepresivo, por lo tanto, en esos casos, si el paciente estaba recibiendo solo medicación antidepresiva se recomienda cambiar solo a terapia cognitiva; de lo contrario, cambiar a otro medicamento antidepresivo. ⁽⁶⁴⁾

En el caso de pacientes que hayan logrado remisión, se sugiere la psicoterapia ya sea cognitivo-conductual, terapia cognitiva basada en la atención plena o psicoterapia personal en lugar de medicamentos antidepresivos o el tratamiento habitual para prevenir una recaída, sin embargo, no hay evidencia que sugiera una de las tres terapias en específico. ⁽⁶⁴⁾

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Síntomas depresivos:** Trastorno mental que se caracteriza por producir sensaciones de tristeza en intensidad y duración lo suficientes pueden interferir con la vida diaria de quien la padece.
- **Violencia de pareja íntima:** Cualquier tipo de violencia ejercida por parte de una pareja actual o anterior.
- **Región rural:** el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) maneja dos criterios cuantitativos donde el primero lo utiliza con fines operativos para los censos, considerándolo como un centro poblado con menos de 100 viviendas agrupadas contiguamente y que no es la capital del distrito o que teniendo más de 100 viviendas, estas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar bloques o núcleos. Un segundo criterio, considera el área rural como aquella conformada por centros poblados con menos de 2 mil habitantes y que generalmente su principal característica es la distribución de las viviendas de manera dispersa. ⁽⁶⁵⁾
- **Edad:** Tiempo de vida desde que nace expresado en años.

- **Grado de instrucción:** Logro educativo más alto a partir de los años aprobados en una institución educativa.
- **Estado civil:** Situación de personas determinadas por sus relaciones de familia.
- **Índice de riqueza:** Posición relativa de la persona en una estructura económica de una sociedad determinada.
- **Idioma o lengua materna:** Lengua primera que una persona aprende a hablar.
- **Antecedente de maltrato físico por el padre:** Presencia de trato desconsiderado, cruel y duro a nivel físico por parte del padre de familia.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

GENERAL

- Existe relación directamente proporcional entre violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.

ESPECÍFICAS

- Existe relación entre los factores sociodemográficos y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- Existe relación directamente proporcional entre violencia física ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- Existe relación directamente proporcional entre violencia verbal o psicológica ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- Existe relación directamente proporcional entre violencia sexual ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- Existe relación directamente proporcional entre el antecedente de maltrato físico ejercicio por el padre y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- Síntomas depresivos

3.2.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Violencia de pareja íntima
- Factores sociodemográficos
- Antecedente de maltrato físico por el padre

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo observacional porque no se manipula la variable, retrospectivo porque los hechos ocurrieron antes de la realización del estudio, transversal porque analiza los datos en un periodo determinado de tiempo y analítico porque asocia las variables violencia de pareja íntima y depresión.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres que estuvieron presente durante la entrevista. Mujeres cuyas edades oscilan entre 15 a 49 años de la región rural del Perú durante el año 2020-2022. El marco muestral utilizó la información estadística y cartográfica proveniente de los Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda del año 2017 (CPV 2017), y el material cartográfico actualizado para fin en el proceso de actualización cartográfica realizado para la ejecución de la ENDES.

4.2.2 TAMAÑO MUESTRAL

La muestra está conformada por 6797 mujeres en edad fértil que residen en la región rural del Perú durante el periodo 2020-2022 y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión registradas en la base de datos ENDES.

4.2.3 TIPO DE MUESTREO

La muestra es bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente a nivel departamental, por área urbana y rural.

4.2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años
- Mujeres que hayan respondido los ítems correspondientes a las variables de interés

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Hombres
- Mujeres de 12 a 14 años
- Cuando la persona en estudio señala no saber la respuesta o no responde

4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

La tabla correspondiente a la operacionalización de variable se encuentra ubicada en el anexo N°8

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La base de datos utilizada en el presente estudio proviene de la Plataforma Nacional de Datos Abiertos: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) obtenidos mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el periodo 2020-2022, la cual es de acceso público a través de su página web.

Los datos correspondientes a síntomas depresivos se obtuvieron a partir del Cuestionario de Salud, sección 7 correspondiente a Salud Mental, apartado 700 que es donde abarcan las preguntas del cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

El cuestionario PHQ-9 es un instrumento de tamizaje de depresión que ha sido validado en Perú a través de un estudio el cual avala su uso en comparaciones confiables entre sexo, grupos de edad, nivel educativo, estatus socioeconómico, estado civil y área de residencia, demostrando ser rentable en atención primaria debido a su brevedad, fácil sistema de puntuación y calificación. Este instrumento consta de 9 ítems basados en criterios de depresión mayor calificado con puntuaciones de 0,1,2,3 de acuerdo con las

categorías “Para nada “, “Varios días “, “Más de la mitad de los días “, “Casi todos los días “. El puntaje total oscila entre 0 a 27 puntos dentro de las cuales se considera casos positivos a aquellos con puntuaciones mayor e igual a 10. Además, cuenta con un coeficiente de consistencia interna de $\alpha = 0,870$ y $\omega = 0,873$.⁽⁶⁶⁾

Por otro lado, la variable de violencia de pareja íntima en sus tres formas definidas por la OMS se encuentra en el Cuestionario individual de mujeres de 12 a 49 años, en la sección 10 correspondiente a violencia doméstica donde el apartado 1003 y 1004 corresponde a violencia psicológica, el apartado 1005 se subdivide desde la pregunta A hasta la G correspondiente a violencia física y finalmente las preguntas H e I corresponden a violencia sexual. Se consideró VPI a las respuestas afirmativas a las preguntas formuladas.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para acceder a la base de datos de ENDES se ingresó desde la página web del INEI que es de libre acceso, sección de microdatos, consulta por encuestas, se seleccionó Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES, año 2020-2022, periodo único. Módulo 1629, 1630, 1631, 1637, 1649 correspondiente a Características del Hogar, Datos básicos de MEF, Mortalidad materna-violencia familiar y Encuesta de salud respectivamente. Finalmente, se filtraron las bases de datos que contenían la variable de interés: síntomas depresivos (CSALUD01), violencia de pareja íntima (REC84DV), edad, grado de instrucción, índice de riqueza, área de lugar, factor de ponderación, conglomerado y estrato (REC0111), estado civil (RECH1), lengua materna (REC91) y antecedente de maltrato físico por el padre (REC84DV).

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se descargó la base de datos de las variables de interés de los años 2020, 2021 y 2022 en el formato correspondiente al programa estadístico SPSS. Se procedió a agregar a la base de datos de CSALUD, la bases REC84DV, REC0111, RECH1, REC9. Finalmente, se unieron las bases correspondientes de cada año en una base de datos única mediante el uso del programa de IBM SPSS Statistics 27.

Para el análisis univariado se trabajó las variables de interés presentando la frecuencia absoluta, relativa y coeficiente de variación en tabla de frecuencia.

En el modelo bivariado se empleó el estadístico de prueba chi cuadrado para asociación de las variables independientes y la variable dependiente, de estos se reportó la Razón de Prevalencia cruda con sus respectivos intervalos de confianza.

Para el análisis multivariado se empleó un modelo de regresión de Poisson para obtener la Razón de Prevalencia ajustada con sus intervalos de confianza al 95% para la variable independiente y dependiente, una significancia estadística de $p < 0.05$.

Se elaboró un análisis CSPLAN que contiene el diseño de muestras complejas teniendo en cuenta el factor de ponderación

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Dado que la naturaleza de la presente investigación está basada en un análisis de fuente secundaria, los datos recolectados no implicaron algún tipo de intervención o modificación intencionada en las participantes en el estudio, por lo tanto, no existió mayor riesgo.

Se respetó la confidencialidad de los participantes, no se buscó establecer algún tipo de contacto y tampoco se obtuvo acceso a información personal de los participantes, los datos con los que se contó son aquellos que han sido publicados y que son de libre acceso.

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma el cual permitió su ejecución (Anexo 4).

Esta información ha sido utilizada solo con fines exclusivamente académicos, cumpliendo con los principios de bioética, ajustándose a las normas de investigación científica tal como está estipulado en la declaración de Helsinki.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

El total de la muestra fue de 6797 de mujeres que residen en el área rural del Perú durante el periodo 2020-2022.

Tabla N°1. Análisis univariado de depresión, violencia de pareja íntima, factores sociodemográficas y antecede de maltrato físico por el padre en mujeres de la región rural. Perú, 2020-2022.

Variables	Total	n	%	95,0% CL inferior para % de N columnas	95,0% CL superior para % de N columnas	Coefficiente de variación (%)
Síntomas depresivos	Total	6797	100.0%	-	-	-
	Sin síntomas depresivos	6408	94.3%	93.7%	94.8%	0.34
	Con síntomas depresivos	389	5.7%	5.2%	6.3%	5.58
Violencia física	Total	6797	100.0%	-	-	-
	No	6737	99.1%	98.9%	99.3%	0.11
	Si	60	0.9%	0.7%	1.1%	12.45
Violencia psicológica	Total	6797	100.0%	-	-	-
	No	4194	61.7%	60.5%	62.9%	1.07
	Si	2604	38.3%	37.2%	39.5%	1.72
Violencia sexual	Total	6797	100.0%	-	-	-
	No	6778	99.7%	99.6%	99.8%	0.06
	Si	19	0.3%	0.2%	0.4%	20.75
Violencia total	Total	6797	100.0%	-	-	-
	No	4188	61.6%	60.5%	62.8%	1.06
	Si	2609	38.4%	37.2%	39.5%	1.71
Edad	Total	6797	100.0%	-	-	-
	media +/-DS	32.15+/- 9.31	-	-	-	-
	25-34 años	2487	36.6%	35.5%	37.7%	1.64
	35-44 años	1921	28.3%	27.2%	29.3%	2.05
	45 a mas años	832	12.2%	11.5%	13.0%	3.85
	15 -24 años	1557	22.9%	21.9%	23.9%	2.35
Grado de instrucción	Total	6797	100.0%	-	-	-
	Superior	785	11.6%	10.8%	12.3%	4.37
	No superior	5754	84.6%	83.8%	85.5%	0.64
	Sin educación	258	3.8%	3.4%	4.3%	8.25
Estado civil	Total	6797	100.0%	-	-	-
	Casado	4722	69.5%	68.4%	70.6%	0.93
	No casado	2075	30.5%	29.4%	31.6%	2.11
	Total	6797	100.0%	-	-	-

Índice de riqueza	No pobre	71	1.1%	0.8%	1.3%	14.29
	Pobre	6726	98.9%	98.7%	99.2%	0.15
Idioma o Lengua materna	Total	6797	100.0%	-	-	-
	Castellano	4458	65.6%	64.5%	66.7%	1.33
	Lengua extranjera	5	0.1%	0.0%	0.2%	38.92
	Indígena/originaria	2335	34.4%	33.2%	35.5%	2.53
Antecedente de maltrato físico por el padre	Total	6797	100.0%	-	-	-
	No	6655	97.9%	97.6%	98.2%	0.18
	Si	142	2.1%	1.8%	2.4%	8.54

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDES 2020-2022

Ds: desviación estándar

Respecto a la tabla 1, se destaca que la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres en edad fértil del área rural es de 5.7%. Por otro lado, la prevalencia de violencia de pareja íntima en cualquier las tres formas descritas es de 38.4%, siendo la presentación de violencia física, psicológica y sexual de 0.9%, 38.3% y 0.3% respectivamente. Asimismo, se debe tener en cuenta que los coeficientes de variación de violencia física y sexual se encuentra dentro de un rango “aceptable”; mientras que, violencia sexual según presenta un nivel de precisión de estimación referencial por ser $> 15\%$ según los valores que maneja el INEI.

La edad promedio es de 32.15 +/- 9.31 años donde las mujeres cuyas edades fluctúan entre 25 y 34 años se encuentran en un 36.6% seguidas por el grupo de edad de 35 a 44 años con 28.3%. Con respecto al grado de instrucción, se encontró que el grupo predominante fueron aquellas mujeres que solo recibieron educación primaria o secundaria con 84.6%, mientras que las mujeres que no recibieron ningún tipo de educación se presentaron en un 3.8%.

Además, se encontró que la mayoría de las mujeres se encontraba actualmente casadas en un 69.5% al momento de la entrevista. En tanto que, en el índice de riqueza, el grupo predominante fue el pobre con una cifra de 98.9%.

El idioma más hablado fue el castellano en 65.6% de las encuestadas, mientras que en segundo lugar se encuentran las lenguas nativas u originarias (quechua, aimara, ashaninka, etc) y en menor proporción lengua extranjera con 0.1%, sin embargo, respecto a esta última el coeficiente de variación es de 38.92%, por lo tanto, se considera como una variabilidad excesiva. Por último, el antecedente de maltrato físico por el padre se encontró tan solo en el 2.1% de las encuestadas.

Tabla N°2: Análisis bivariado entre síntomas depresivos y violencia de pareja íntima, factores sociodemográficos y antecedente de maltrato físico por el padre en mujeres de la región rural. Perú, 2020-2022.

Variables	Total	Síntomas depresivos						p valor
		Total		Sin síntomas depresivos		Con síntomas depresivos		
		n	%	n	%	n	%	
Violencia física	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.0001 (*)
	No	6737	100.0%	6366	94.5%	371	5.5%	
	Si	60	100.0%	42	69.9%	18	30.1%	
Violencia psicológica	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.0001 (**)
	No	4194	100.0%	4033	96.2%	160	3.8%	
	Si	2604	100.0%	2374	91.2%	229	8.8%	
Violencia sexual	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.0001 (**)
	No	6778	100.0%	6394	94.3%	384	5.7%	
	Si	19	100.0%	14	72.9%	5	27.1%	
Violencia total	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.0001 (**)
	No	4188	100.0%	4028	96.2%	160	3.8%	
	Si	2609	100.0%	2380	91.2%	229	8.8%	
Edad	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.0001 (**)
	25-34 años	2487	100.0%	2380	95.7%	107	4.3%	
	35-44 años	1921	100.0%	1781	92.7%	140	7.3%	
	45 a mas años	832	100.0%	752	90.3%	81	9.7%	
	15 -24 años	1557	100.0%	1496	96.1%	61	3.9%	
Grado de instrucción	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.004 (*)
	Superior	785	100.0%	750	95.5%	35	4.5%	
	No superior	5754	100.0%	5425	94.3%	329	5.7%	
	Sin educación	258	100.0%	233	90.0%	26	10.0%	
Estado civil	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.001 (**)
	Casado	4722	100.0%	4480	94.9%	242	5.1%	
	No casado	2075	100.0%	1928	92.9%	147	7.1%	
Índice de riqueza	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	0.116
	No pobre	71	100.0%	70	98.0%	1	2.0%	
	Pobre	6726	100.0%	6338	94.2%	388	5.8%	
Idioma o Lengua materna	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.0001 (**)
	Castellano	4458	100.0%	4238	95.1%	220	4.9%	
	Lengua extranjera	5	100.0%	4	85.9%	1	14.1%	
	Indígena/originaria	2335	100.0%	2166	92.8%	169	7.2%	
Antecedente de maltrato físico por el padre	Total	6797	100.0%	6408	94.3%	389	5.7%	P< 0.0001 (**)
	No	6655	100.0%	6284	94.4%	371	5.6%	
	Si	142	100.0%	124	87.3%	18	12.7%	

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDES 2020-2022

p valor con prueba chi -cuadrado ajustado de Rao-Scott

(**) p<0.001 estadísticamente muy significativo

(*) p<0.05 estadísticamente significativo

En la tabla N°2, en el análisis bivariado se evidencia que en el grupo de mujeres rurales víctimas de violencia de pareja íntima en cualquiera de sus tres formas descritas, el 8.8% presentaron síntomas depresivos, mientras que respecto a la violencia física, psicológica y sexual se presentó en un 30.1%, 8.8% y 27.1% respectivamente.

Por otro lado, respecto a los factores sociodemográficos encontramos la variable edad en cual el grupo de mujeres entre 45 a más años, el 9.7% presentaron síntomas depresivos; seguido por el grupo de 35 a 44 años donde se presentó en 7.3%. El grado de instrucción más afectado fueron aquellas sin educación en un 10% seguida por aquellas que solo recibieron educación no superior en 5.7%.

Pese a que respecto que el 5.8% de personas que encuentran en situación de pobreza presentaron síntomas depresivos presentaron un $p=0.116$, es decir, no es estadísticamente significativo.

En lo que respecta al idioma, se encontró que el 7.2% de mujeres que hablan una lengua nativa u originaria presentaron síntomas depresivos, seguido por el grupo que habla castellano (5.7%). Finalmente, entre quienes refieren haber sido víctimas de maltrato físico por el padre, el 12.7% presentaron dicha condición.

Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado con razón de prevalencia crudo y ajustado de violencia de pareja íntima, factores sociodemográficos y antecedente de maltrato físico por el padre asociados a síntomas depresivos en mujeres de la región rural. Perú, 2020-2022.

Variable	Total	p valor	RP crudo	95% de intervalo de confianza de RP crudo		p valor	RP ajustado	95% de intervalo de confianza de RP ajustado	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Violencia física	Sí	0.000	5.302	3.525	7.973	0.000	3.374	2.139	5.324
	No	-	Referencia	-	-	-	Referencia	-	-
Violencia psicológica	Si	0.000	2.490	2.032	3.052	0.000	2.206	1.793	2.715
	No	-	Referencia	-	-	-	Referencia	-	-
Violencia sexual	Sí	0.008	3.832	1.413	10.390	0.849	1.127	0.328	3.866
	No	-	Referencia	-	-	-	Referencia	-	-
Violencia total	Sí	0.000	2.480	2.023	3.039	-	-	-	-
	No	-	Referencia	-	-	-	-	-	-
Edad	15 a 24 años	0.897	1.021	0.744	1.401	0.538	1.106	0.803	1.524
	45 a más años	0.000	2.295	1.720	3.062	0.000	2.033	1.532	2.698

	35 a 44 años	0.000	1.770	1.367	2.292	0.000	1.619	1.254	2.090
	25 a 34 años	-	Referencia	-	-	-	Referencia	-	-
Grado de instrucción	Sin educación	0.004	2.044	1.248	3.347	0.090	1.519	0.937	2.461
	No superior	0.317	1.196	0.843	1.696	0.440	1.145	0.812	1.615
	Superior	-	Referencia	-	-	-	Referencia	-	-
Estado civil	No casada	0.001	1.392	1.136	1.705	0.000	1.569	1.288	1.912
	Casada	-	Referencia	-	-	-	Referencia	-	-
Idioma o lengua materna	Indígena/originaria	0.000	1.666	1.364	2.035	0.000	1.443	1.185	1.757
	Lengua extranjera	0.064	5.002	0.911	27.454	0.006	6.496	1.689	24.976
	Castellano	-	Referencia	-	-	-	Referencia	-	-
Antecedente de maltrato físico por el padre	Sí	0.000	2.608	1.720	3.954	0.000	2.383	1.569	3.619
	No	-	Referencia	-	-	-	Referencia	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDES 2020-2022

Nota:

- Pobreza no se considera en el análisis de RP por presentar pocos casos en el análisis bivariado de la tabla 2
- Violencia total no se considera en el análisis multivariado (RPa) para evitar multicolinealidad

En la tabla N°3, se observa que respecto a la violencia de pareja íntima en cualquiera de sus tres dimensiones se asocia con la presencia de síntomas depresivos con RPc 2.48 (IC95%:2.023-3.039), sin embargo, no se consideró en el análisis multivariado (RPa) para evitar la multicolinealidad. Asimismo, se encontró asociación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.001$ tanto en violencia física y psicológica con RPa: 3.37 (IC95%: 2.14-5.32) y RPa: 2.21 (IC: 1.79-2.71).

Respecto a los factores sociodemográficos, se encontraron valores de $p < 0.001$ en el grupo de edad comprendida entre 45 años a más con un RPc: 2.03 (IC95%: 1.53-2.70), estado civil no casada (RPa= 1.569; IC95%: 1.288-1.912), lengua nativa u originaria (RPa=1.443; IC95%:1.185-1.757).

Finalmente, antecedente de maltrato físico por el padre presentó un valor de $p < 0.001$ con RPa= 2.383; IC: 1.569-3.619).

Las variables violencia sexual, edades comprendidas entre 15 y 24 años y grado de instrucción no fueron estadísticamente significativos.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La depresión es un trastorno que se caracteriza por una variedad de síntomas que afectan la dimensión emocional, cognitiva, física y conductual de la persona, por lo tanto, repercute de manera negativa a nivel individual, familiar y en su comunidad asociándose incluso a una discapacidad funcional.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) respecto a la situación de salud mental en el Perú se encontró dentro los problemas de salud mental más frecuentemente atendidos en primer lugar se encuentra la ansiedad (27.2%), seguido de depresión (16.9%) y síndrome de maltrato (12.6%).⁽⁵⁾

En el presente estudio se encontró que el porcentaje de mujeres de las zonas rurales con síntomas depresivos durante el periodo 2020-2022 fue de 5.7%, la cual es un cifra incluso menor que la hallada en el estudio realizado en Perú por el autor Silva A et al.⁽³⁷⁾ quien durante el periodo 2014-2016 halló que 6.98% presentaba síntomas depresivos, resultado similar fue hallado por Romero L⁽³⁹⁾ quien encontró que en el 2020 la prevalencia de depresión en un 6% de mujeres peruanas, sin embargo, en ambos estudios se consideraron tanto el área urbana como rural; se desprende que no existiría gran diferencia de prevalencia de depresión entre ambas zonas. Sin embargo, cabe resaltar que estos resultados son muy distintos a estudios en otros países donde se encuentran mayores prevalencias, países como Chile, en el estudio de Nazar G et al⁽³²⁾ encontró una prevalencia de 13.6% ; mientras que, en países como Estados Unidos donde Oswald DL et al.⁽²³⁾ encontró una prevalencia de 31% en los primeros meses de pandemia de COVID-19 y Mugoya GCT et al.⁽²⁵⁾ en su estudio en el mismo país encontró una prevalencia de 49.1% en mujeres afroamericanas que viven en barrios empobrecido , Brar S et al⁽³³⁾ en Malauí encontró una prevalencia de 47% en mujeres adolescentes y jóvenes. Por lo tanto, ante esta heterogeneidad de prevalencias se le podría atribuir a otros factores al momento de realizar dichos estudios tales como pandemia por COVID-19, otros grupos vulnerables como los afroamericanos pobres y grupos etarios más jóvenes. Sin embargo, esto no se aplicaría con el estudio realizado en Chile donde las características poblacionales eran semejantes a la peruana y teniendo en cuenta que este país invierte y muestra un gran compromiso en relación a la salud mental es probable que en nuestro país exista un gran subregistro; ya que si bien en Perú se han presentado una serie de avances respecto a la

atención en salud mental desde la creación los Centros de Salud Mental Comunitarios cuya cobertura se ha extendido a lo largo del territorio peruano y pasar de 1.7% de atenciones en salud mental en el 2017 a 27.6% en 2022. Sin embargo, pese a estos esfuerzos aún existe una amplia brecha por cubrir respecto a la oferta de atención en salud mental, así como la cobertura de los tratamientos prescritos. ⁽⁵⁾

Respecto a los factores sociodemográficos asociados a presencia de síntomas depresivos encontramos una relación con edad, grado de instrucción, estado civil e idioma ($p < 0.001$), excepto índice de riqueza donde no se habría encontrado relación estadísticamente significativa ($p: 0.116$); sin embargo, en el análisis multivariado para la variable de grado de instrucción y para el grupo de edad entre 15 y 24 años no se encontró relación significativa con síntomas depresivos.

Los grupos de mujeres cuyas edades oscilan entre 35 a 44 años y de 45 años a más presentaron 1.62 y 2.03 más riesgo de presentar síntomas depresivos ($p < 0.001$); mientras que, no se encontró relación significativa en el grupo entre 15 a 24 años. En el estudio de Mugoya GCT et al. ⁽²⁵⁾ encontró asociación entre edad y criterios de depresión ($p < 0.05$) donde en los grupos de edad de 25 años hasta 54 años más del 50% presentaron síntomas depresivos, sin embargo, en el análisis multivariado en mujeres con síntomas depresivos y víctimas de violencia solo se encontró relación en las mujeres de 55 años a más; mientras que en el estudio de Barchi et al. ⁽²⁹⁾ no se encontró relación significativa entre edad y síntomas depresivos. No obstante en el estudio realizado en Brasil por Carpena MX et al ⁽³¹⁾ se encontró relación significativa entre edad y episodio de depresión mayor en mujeres ($p < 0.001$) donde los grupos de edad 18-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años presentaron 3.7, 4.9, 5.6, 6.6 más riesgo de presentar esta condición respectivamente y en el estudio de Jaucala GLF ⁽³⁸⁾ encontró que en el grupo de adultos de 20 a 49 años presentaron 1.99 más riesgo de presentar depresión. De lo expuesto, se afirma que hay coherencia entre el presente estudio y otros estudios en el cual, a mayor edad, más riesgo de presentar depresión.

En el análisis bivariado se encontró que el 10% de las mujeres rurales sin educación presentaron síntomas depresivos ($p < 0.05$), pese a este hallazgo, no se encontró relación significativa en el análisis multivariado, resultado semejante se encontró en el estudio de Silva A et al. ⁽³⁷⁾ donde el 11.15% de mujeres sin estudios presentaron riesgo de depresión ($p < 0.05$), en el estudio de Carpena MX et al. ⁽³¹⁾ sí se encontró relación con valor de $p < 0.0001$ donde el grupo que no recibió educación o solo primaria incompleta presentó

8.2 veces más riesgo de depresión y en el estudio de Jaucala GLF ⁽³⁸⁾ se encontró que quienes recibieron educación hasta secundaria presentaron 2.8 veces más riesgo.

En la relación entre estado civil y presencia de síntomas depresivos, se encontró que las mujeres no casadas presentaron 1.57 más riesgo ($p < 0.001$), sin embargo, en el estudio de Barchi F et al. ⁽²⁹⁾, Nazar G et al. ⁽³²⁾, Jaucala GLF ⁽³⁸⁾, Okafor CN et al. ⁽²⁷⁾ no encontraron relación significativa entre ambas variables. Sin embargo, estos resultados parecen coincidir con el estudio de Bastida R et al ⁽³⁴⁾ donde el grupo de casados presentaron niveles más bajos de depresión ($p < 0.001$). Además en el estudio de Carlson DL y Kail BL ⁽⁶⁷⁾ encontraron que los síntomas depresivos son más altos entre los nunca casados ($p < 0.001$), sin embargo, ellos mismos discuten que es una aseveración muy variable debido a que se tendría que considerar factores como la alta calidad conyugal o si se trata de un matrimonio consensuado; sin embargo, se ha visto que el matrimonio puede generar una sensación de bienestar psicológico a través de los recursos económicos, social, de salud personal con una amortiguación del estrés.

En el análisis bivariado, el índice de riqueza y la presencia de síntomas depresivos no fue significativo, lo cual podría deberse a que dentro de la población no pobre solo hubo un caso compatible con síntomas depresivos. Sin embargo, resulta importante destacar en el análisis univariado el 98.9% de las mujeres del área rural son consideradas pobres la cual es una cifra alarmante que enfatiza el estado de vulnerabilidad de este grupo en particular. En el estudio de Silva A ⁽³⁷⁾ se encontró relación entre el estrato socioeconómico y síntomas depresivos donde en estrato bajo presentaron síntomas depresivos en el 6.54%. Por otro lado, en el estudio de Brar SK et al ⁽³³⁾ encontró que entre quienes presentaron síntomas depresivos, el 46% presentaba ingresos bajos, seguido por medio (27%). En el estudio de Halperin O et al. ⁽²⁴⁾ en su estudio encontró que quienes presentaban ingresos por debajo del promedio presentaron 2 veces más riesgo de depresión ($p < 0.001$).

Respecto al idioma o lengua materna se relaciona de manera significativa con síntomas depresivos ($p < 0.001$) donde las mujeres que hablan una lengua originaria (quechua, aimara, etc) presentaron 1.19 más riesgo de presentar síntomas depresivos en comparación con personas que hablan castellano, por otro lado, se encontró que de las personas que hablaban una lengua originaria 7.2% presentaron síntomas depresivos. Sin embargo, hay pocos estudios que aborden esta variable, Zevallos SE ⁽⁴⁰⁾ en un estudio en poblaciones andinas se encontró que la prevalencia de depresión en el grupo quechua fue 17.6% y no quechua 15.6% respectivamente, sin embargo, no se encontró relación

significativa, asimismo, el autor menciona que las brechas entre ambos grupos se agrandan en el área urbana atribuyéndosela a la exclusión política y social y conflictos interculturales. Además, Cjuno et al.⁽⁴¹⁾ encontró que la depresión en la población quechua hablante fue de 38.9%.y concluye que se deberían utilizar instrumentos adaptados y validados para todas las variantes del quechua.

La presencia de violencia psicológica fue de 38.3% de mujeres rurales, se encontró relación significativa con la presencia de síntomas depresivos ($p < 0.001$) presentándose en el 8.8% de las mujeres víctimas de violencia psicológica, en el análisis multivariado se encontró un $R_{pa} = 2.21$ (IC 95% 1.79-2.71) resultados coherentes con la literatura actual, estudios como el de Oliveira AS et al. ⁽³⁰⁾ en una zona rural de Brasil encontró que la prevalencia de VPI psicológica fue de 17.2% , además que este grupo presentó 2.23 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos , mientras que Yuan W et al. ⁽²⁶⁾ en su estudio en China encontraron 2.57 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos ($p < 0.001$), mientras que Ahmadabadi Z et al. ⁽²⁸⁾ en su estudio en Australia encontró 2.7 veces más riesgo ($p < 0.05$). La violencia psicológica debido al control que ejerce el agresor puede generar incluso un aislamiento social donde la víctima no tenga en una red de apoyo donde sentirse segura y a su vez esta situación puede generar un sentimiento de soledad la cual podría acompañarse de desesperanza lo que retroalimentaría a la depresión.

La violencia física se presentó en 0.9% de las mujeres del área rural, en el análisis bivariado se encontró relación con síntomas depresivos ($p < 0.001$) encontrándose en el 30.1% de mujeres víctimas de violencia física; mientras que, en el análisis multivariado presentó un $R_{pa} = 2.14$ (IC 95%: 2.14-5:32). El estudio de Yuan W et al.⁽²⁶⁾ encontró que este grupo presentó 2.07 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos ($p < 0.001$); mientras que, Ahmadabadi Z et al. ⁽²⁸⁾ halló que este grupo presentó 1.5 veces más riesgo ($p < 0.05$) y Silva A et al. ⁽³⁷⁾ también encontró relación significativa con 2.83 veces más riesgo ($p < .001$). La violencia física puede generar un trauma emocional que profundice en la víctima los sentimientos de tristeza, desesperanza, anhedonia, entre otros; asimismo, los estragos que puede sufrir a nivel físico pueden acompañarse de un deterioro de su salud y de manera más superficial podría afectarse su aspecto físico lo cual podría alterar su autoimagen y con ello también afectar podría afectar su autoestima y por lo tanto generar su propia desvalorización.

La violencia sexual se encontró en el 0.3% de la población estudiada, de las mujeres víctimas de violencia sexual el 27.1% presentó síntomas depresivos ($p < 0.001$); sin embargo, en el análisis multivariado no se encontró relación significativa con síntomas depresivos ($p = 0.849$). Estudios como el de Yuan W et al.⁽²⁶⁾, Okafor CN et al.⁽²⁷⁾, Silva A et al.⁽³⁷⁾ sí encontraron relación significativa en la cual quienes presentaron VPI sexual tuvieron 2.26 , 2.02 y 3.29 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos ($p < 0.001$). Sin embargo, estudios como el de Ahmadabadi Z et al.⁽²⁸⁾ y Barchi F et al.⁽²⁹⁾ no encontraron relación significativa. En nuestro estudio se pudo obtener este resultado, probablemente, debido a la cantidad de casos positivos de síntomas depresivos en mujeres con VPI sexual teniendo en cuenta a su vez que el coeficiente de variación para esta variable era referencial.

El antecedente de maltrato físico por el padre se presentó en el 2.1% de mujeres de la región rural y dentro de este grupo el 12.7% presentó síntomas depresivos ($p < 0.001$). Además, se encontró que este grupo de personas presentó 2.38 más riesgo de presentar síntomas depresivos ($p < 0.001$). Este resultado sería similar al encontrado por Das T et al.⁽³⁶⁾ en la India donde encontró que quienes fueron castigados físicamente por sus padres presentaron 1.59 veces más riesgo de padecer trastorno depresivo moderado a grave. Esto podría explicarse desde un punto de vista neurológico, estudios como el de Burani K et al.⁽³⁵⁾ encontró que el castigo corporal continuo se asocia con una mayor respuesta neuronal a los errores y que a lo largo del tiempo puede afectar la salud mental presentándose síntomas depresivos y/o ansiedad ($p < 0.05$)

La principal limitación que encontramos es que al tratarse de un estudio de base secundaria estamos sujetos a usar únicamente las variables contenidas en el cuestionario elaborado por las ENDES. Además, al tratarse de un estudio centrado en una población minoritaria se tuvo que ampliar el periodo de estudio a tres años debido a que cuando se intentó abarcar solo un año, la muestra no era representativa.

Finalmente, hay que tener en cuenta que dada la naturaleza de la forma de obtención de información de la ENDES y la visualización de los resultados per se, impresiona que hay un subregistro en algunas variables de interés.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Entre los factores sociodemográficos se encontró que existe relación significativa entre el grupo de edad mayor de 35 años, estado civil, lengua materna y antecedente de maltrato físico por el padre con la presencia de síntomas depresivos; mientras que, el índice de riqueza, grado de instrucción y el grupo de edad entre 15 a 24 años no se relacionaron significativamente con la presencia de síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- La violencia física presenta una relación directamente proporcional con síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- La violencia verbal o psicológica presenta una relación directamente proporcional con síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- La violencia sexual no presenta una relación directamente proporcional con la presencia de síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.
- El antecedente de maltrato físico ejercido por el padre presenta una relación directamente proporcional con síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.

6.2. RECOMENDACIONES

- La presente investigación ha realizado un abordaje de una población poco estudiada como son las mujeres del área rural del país quienes presentan características muy heterogéneas dependiendo de la región en que se encuentren además de la poca representatividad que tienen a nivel político. Por lo tanto, se sugiere la realización de estudios enfocados a estos grupos vulnerables de modo que se visibilice su situación actual respecto a su salud mental y sirva de sustento para la elaboración de estrategias y/o intervenciones sanitarias en función de sus necesidades.

- Se recomienda la realización de más estudios que utilicen instrumentos más detallados para la detección de problemas de salud mental y que se den las garantías de confidencialidad a las entrevistadas de modo que las respuestas reflejen verdaderamente su realidad.
- En el marco de Plan Nacional de Salud Mental 2020-2021 hasta la fecha se ha logrado ampliar la cobertura de atenciones en salud mental, sin embargo, sería positivo que se realicen estudios que evalúen el impacto positivo de los Centros de Salud Mental Comunitarios sobre la población del ámbito rural.
- Se recomienda la implementación de estrategias sanitarias preventivo-promocionales teniendo en cuenta a las poblaciones más vulnerables y sus factores de riesgo; promoviendo la participación ciudadana, de autoridades locales y regionales, en especial, en los sectores que más lo requieran.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. OMS; 2023 [citado el 16 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. OMS; 2021 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Gozzer E. Salud rural en Latinoamérica en tiempos de la Covid-19 [Internet]. Instituto de Estudios Peruanos; 2020 [citado el 17 de marzo de 2024]. 1–36 p. Disponible en: <https://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/1181>
4. Juárez C, Villalobos A, Saucedo A, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit.* 2021;34(6):546–52. doi:10.1016/j.gaceta.2019.05.015
5. Organización Panamericana de Salud. Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio [Internet]. OPS; 2023 [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58312/OPSPER230004_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
6. Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres [Internet]. OPS. 2021 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2021-violencia-contra-mujer-es-omnipresente-devastadora-sufren-cada-tres-mujeres>
7. Sardinha L, Maheu M, Stöckl H, Meyer S, García C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet.* 2022;399(10327):803–13. doi:10.1016/S0140-6736(21)02664-7
8. Bervian G, Costa M, Silva E, Arboit J, Honnef F, Bervian G, et al. Violencia contra las mujeres rurales: concepciones de profesionales de la red intersectorial de atención. *Enferm Glob.* 2019;18(54):144–79. doi:10.6018/eglobal.18.2.324811
9. Chmielowska M, Fuhr DC. Intimate partner violence and mental ill health among global populations of Indigenous women: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(6):689–704. doi:10.1007/s00127-017-1375-z
10. Organización Panamericana de la Salud. Nota descriptiva sobre la Región de las Américas de la OMS: Prevalencia estimada de la violencia contra las mujeres, 2018 [Internet]. OPS; 2021 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341592>

11. Bott S, Guedes A, Ruiz A, Mendoza J. La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Rev Panam Salud Pública.* 2021;45:1–15. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.34>
12. Burgos R, Soriano A, Bendezu G, Urrunaga D, Toro C, Benites V. Intimate partner violence against reproductive-age women and associated factors in Peru: evidence from national surveys, 2015-2017. *Heliyon.* 2021;7(7):1–7. doi:10.1016/j.heliyon.2021.e07478
13. Terrazas J, Blitchtein D. Rural-urban migration as a factor associated with physical and sexual intimate partner violence Peru 2015-2017: a secondary analysis of a national study. *BMC Womens Health.* 2022;22(1):67. doi:10.1186/s12905-022-01648-7
14. Caira B, Fernandez D, Orellana D, Pomareda A, Gomez C, Valencia P, et al. Sociodemographic Factors Associated with Social Tolerance for Intimate Partner Violence in Peru: Evidence from the National Survey of Social Relations, 2019. *J Interpers Violence.* 2023;38(5–6):5262–81. doi:10.1177/08862605221120897
15. Daly M, Sutin A, Robinson E. Depression reported by US adults in 2017-2018 and March and April 2020. *J Affect Disord.* 2021;278:131–5. doi:10.1016/j.jad.2020.09.065
16. Arias J, Vilagut G, Ronaldson A, Dregan A, Ricci I, Hatch SL, et al. Prevalence and age patterns of depression in the United Kingdom. A population-based study. *J Affect Disord.* 2021;279:164–72. doi:10.1016/j.jad.2020.09.129
17. Lopes C, Gomes N, Junger W, Menezes P. *Tendencia en la prevalencia de síntomas depresivos en Brasil: resultados de las Encuesta Nacional de Salud de 2013 y 2019.* *Cad Saúde Pública.* 2022;38:e00123421.
18. Cerecero D, Macías F, Arámburo T, Bautista S. [Depressive symptoms and coverage of diagnosis and treatment of depression in Mexican population]. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):840–50. doi:10.21149/11558
19. Markkula N, Zitko P, Peña S, Margozzini P, Retamal P. Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(4):399–409. doi:10.1007/s00127-017-1346-4
20. Villareal D, Cabrera M, Carillo R, Bernabe A. Trends in the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: a population-based study. *BMJ Open.* 2020;10(7):1–10. doi:10.1136/bmjopen-2020-036777
21. Plataforma digital única del Estado Peruano. Conocer los centros de salud mental comunitaria en el Perú [Internet]. GOB. 2022 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/10942-conocer-los-centros-de-salud-mental-comunitaria-en-el-peru>

22. Calla M, Hurtado M, Galvez J, Li C. Centros de salud mental comunitaria: ¿Son la solución para los problemas de salud mental en el primer nivel de atención? *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 2021;14(2):253–4. doi:10.35434/rcmhnaaa.2021.142.1093
23. Oswald D, Kaugars A, Tait M. American Women’s Experiences With Intimate Partner Violence during the Start of the COVID-19 Pandemic: Risk Factors and Mental Health Implications. *Violence Against Women*. 2023;29(6–7):1419–40. doi:10.1177/10778012221117597
24. Halperin O, Ali-Saleh O, Ore L, Jadaon J. Depression, Stress and the Mediating Role of Intimate Partner Violence (IPV) Among Israeli Women of Childbearing Age in the Shadow of the COVID-19 Pandemic. *J Interpers Violence*. 2023;38(3–4):3586–611. doi:10.1177/08862605221111415
25. Mugoya G, Witte T, Bolland A, Tomek S, Hooper L, Bolland J, et al. Depression and Intimate Partner Violence Among African American Women Living in Impoverished Inner-City Neighborhoods. *J Interpers Violence*. 2020;35(3–4):899–923. doi:10.1177/0886260517691519
26. Yuan W, Hesketh T. Intimate Partner Violence and Depression in Women in China. *J Interpers Violence*. 2021;36(21–22):NP12016–40. doi:10.1177/0886260519888538
27. 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*. 2021;36(9–10):NP5060–83. doi:10.1177/0886260518796522
28. Ahmadabadi Z, Najman J, Williams G, Clavarino A, d’Abbs P, Tran N. Intimate partner violence and subsequent depression and anxiety disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(5):611–20. doi:10.1007/s00127-019-01828-1
29. Barchi F, Winter S, Dougherty D, Ramaphane P, Solomon P. The Association of Depressive Symptoms and Intimate Partner Violence Against Women in Northwestern Botswana. *J Interpers Violence*. 2021;36(9–10):4787–805. doi:10.1177/0886260518792986
30. Oliveira A, Moreira L, Meucci R, Paludo S. Psychological violence against women practiced by intimate partners: a cross-sectional study in a rural area of Rio Grande do Sul, Brazil, 2017. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(4):e20201057. doi:10.1590/S1679-49742021000400017
31. Carpena M, Costa F, Martins-Silva T, Xavier M, Loret de Mola C. Why Brazilian women suffer more from depression and suicidal ideation: a mediation analysis of the role of violence. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(5):469–74. doi:10.1590/1516-4446-2019-0572
32. Nazar G, Gatica M, Provoste A, Leiva A, Martorell M, Ulloa N, et al. Factores asociados a depresión en población chilena. *Resultados Encuesta Nacional de Salud*

- 2016-2017. *Revista médica de Chile*. 2021;149(10):1430–9. doi:10.4067/s0034-98872021001001430
33. Brar S, Beattie T, Abas M, Vansia D, Phanga T, Maseko B, et al. The relationship between intimate partner violence and probable depression among adolescent girls and young women in Lilongwe, Malawi. *Glob Public Health*. 2020;15(6):865–76. doi:10.1080/17441692.2020.1718732
 34. Bastida R, Valdez J, Valor I, González N, Rivera S. Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista argentina de clínica psicológica*. 2017;26(1):95–102.
 35. Burani K, Brush C, Spahr C, Slavich G, Meyer A, Hajcak G. Corporal Punishment Is Uniquely Associated With a Greater Neural Response to Errors and Blunted Neural Response to Rewards in Adolescence. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2023;8(2):210–8. doi:10.1016/j.bpsc.2022.09.004
 36. Das T, Das P, Kundu P, Roy T. Individual and parental factors on depressive disorder and its detrimental effects among adolescents and young adults: A study from Bihar state, India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2022;13:100962. doi:10.1016/j.cegh.2022.100962
 37. Silva A, Al-kassab A, Maguina J. 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*. 2022;28(12–13):3060–72. doi:10.1177/10778012211045714
 38. Jaucala G. Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018 [Tesis para optar título de médico cirujano]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2020 [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2912>
 39. Romero L. Variables sociodemográficas asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas, según ENDES (2020) [Tesis para optar el título de licenciada en psicología]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023 [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/14325>
 40. Zevallos S. Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas. *Anales de Salud Mental*. 2015;31(2):9–22.
 41. Cjuno J, Figueroa J, Marca G, Carranza R. Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: Una revisión narrativa. *Ter Psicol*. 2021;39(2):163–74. doi:10.4067/s0718-48082021000200163
 42. Center for Disease Control and Prevention. Fast Facts: Preventing Intimate Partner Violence | Violence Prevention | Injury Center | CDC [Internet]. CDC. 2022 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/fastfact.html>

43. Both L, Favaretto T, Freitas L, Benetti S, Crempien C. Intimate partner violence against women: Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). *PLoS One*. 2020;15(10):1–18. doi:10.1371/journal.pone.0239708
44. Machisa M, Christofides N, Jewkes R. Mental ill health in structural pathways to women’s experiences of intimate partner violence. *PLoS One*. 2017;12(4):1–19. doi:10.1371/journal.pone.0175240
45. Lutgendorf M. Intimate Partner Violence and Women’s Health. *Obstet Gynecol*. 2019;134(3):470–80. doi:10.1097/AOG.0000000000003326
46. Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. Violencia hacia las mujeres en el ámbito rural [Internet]. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. 2019 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://observatorioviolencia.pe/violencia-mujeres-ambito-rural/>
47. Youngson N, Saxton M, Jaffe P, Chiodo D, Dawson M, Straatman A. Challenges in Risk Assessment with Rural Domestic Violence Victims: Implications for Practice. *J Fam Violence*. 2021;36(5):537–50. doi:10.1007/s10896-021-00248-7
48. Focht J, Chu A. The Cycle of Domestic Violence [Internet]. National Center for Health Research. 2020 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.center4research.org/the-cycle-of-domestic-violence/>
49. Wilson J. Cycle of Violence. En: *The Encyclopedia of Women and Crime* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2019 [citado el 18 de marzo de 2024]. p. 1–5. doi:10.1002/9781118929803.ewac0083
50. Brewer N, Thomas K. Intimate partner violence and academic performance: the role of physical, mental, behavioral, and financial health. *Soc Work Health Care*. 2019;58(9):854–69. doi:10.1080/00981389.2019.1659905
51. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. *N Engl J Med*. 2019;380(9):850–7. doi:10.1056/NEJMra1807166
52. Reyes M, Simpson L, Sullivan T, Contractor A, Weiss N. Intimate Partner Violence and Mental Health Outcomes Among Hispanic Women in the United States: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(2):809–27. doi:10.1177/15248380211043815
53. Klencakova L, Pentaraki M, McManus C. The Impact of Intimate Partner Violence on Young Women’s Educational Well-Being: A Systematic Review of Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(2):1172–87. doi:10.1177/15248380211052244
54. McKelvie S, Stocker R, Manwo M, Manwo A, Sala T, Leodoro B, et al. Intimate partner violence and health outcomes experienced by women who are pregnant: a cross-sectional survey in Sanma Province, Vanuatu. *Lancet Reg Health West Pac*. 2021;16:100272. doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100272

55. Chandan J, Thomas T, Bradbury C, Russell R, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K, et al. Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *Br J Psychiatry*. 2020;217(4):562–7. doi:10.1192/bjp.2019.124
56. Alhalal E, Ta'an W, Alhalal H. Intimate Partner Violence in Saudi Arabia: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(3):512–26. doi:10.1177/1524838019867156
57. Edwards C. Depression Assessment: Challenges and Treatment Strategies in the Athlete. *Psychiatr Clin North Am*. 2021;44(3):381–92. doi:10.1016/j.psc.2021.04.011
58. National Institute for Health and Care. Depression in adults: treatment and management - ClinicalKey [Internet]. NICE; 2022 [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/nice_guidelines/65-s2.0-NG222
59. Kennis M, Gerritsen L, van Dalen M, Williams A, Cuijpers P, Bockting C. Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2020;25(2):321–38. doi:10.1038/s41380-019-0585-z
60. Park C, Rosenblat J, Brietzke E, Pan Z, Lee Y, Cao B, et al. Stress, epigenetics and depression: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;102:139–52. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.04.010
61. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
62. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci M, Costanza A, Serafini G, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *J Affect Disord*. 2021;279:473–83. doi:10.1016/j.jad.2020.09.131
63. Levis B, Benedetti A, Thombs B. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 2019;365:l1476. doi:10.1136/bmj.l1476
64. Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. Summary of the clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. *Am Psychol*. 2022;77(6):770–80. doi:10.1037/amp0000904
65. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional [Internet]. INEI. 2017 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/

66. Villarreal D, Copez A, Bernabé A, Melendez G, Bazo J. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. PLOS ONE. 2019;14(9):e0221717. doi:10.1371/journal.pone.0221717
67. Carlson D, Kail B. Socioeconomic variation in the association of marriage with depressive symptoms. Social Science Research. 2018;71:85–97. doi:10.1016/j.ssresearch.2017.12.008

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE LA REGIÓN RURAL: UN ANÁLISIS DE FUENTE SECUNDARIA. PERÚ, 2020-2022”, que presenta la Srta. **KATHERINE PAOLA CUBA RAMIREZ**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

MG RUBEN ESPINOZA ROJAS
ASESOR DE LA TESIS

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Geraldine Alarcón Gonzales de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando **asesoramiento y mentoría** para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

MG RUBEN ESPINOZA ROJAS

Lima, 22 de febrero de 2024

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°040-2016 SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas



Oficio electrónico N°0030-2024-INICIB-D

Lima, 23 de febrero de 2024

Señorita
KATHERINE PAOLA CUBA RAMIREZ
Presente.

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis "VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE LA REGIÓN RURAL: UN ANÁLISIS DE FUENTE SECUNDARIA. PERÚ, 2020-2022", presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

"Formamos seres humanos para una cultura de paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
Apartado postal 1901, Lima 33 - Perú
www.urp.edu.pe/medicina

Central 708-0000
Anejo 6016

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

Título: VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE LA REGIÓN RURAL: UN ANÁLISIS DE FUENTE SECUNDARIA. PERÚ, 2020-2022

Investigadora: KATHERINE PAOLA CUBA RAMIREZ

Código del Comité: PG 173 - 2022

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría exento de revisión por el período de 1 y medio años.

Exhortamos a la investigadora a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 14 de diciembre 2022

**Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación**

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

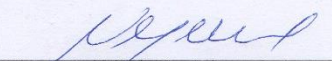
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS


Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUEJRES DE LA REGIÓN RURAL: UN ANÁLISIS DE FUENTE SECUNDARIA. PERÚ, 2020-2022", que presenta la Señorita KATHERINE PAOLA CUBA RAMIREZ para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:



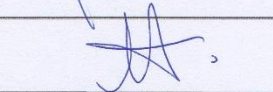
Dra. Norka Rocío Guillén Ponce
PRESIDENTE




Mg Jenny Raquel Torres Malca
MIEMBRO



Mg Rafael Iván Hernández Patiño
MIEMBRO



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis



Dr. Rubén Espinoza Rojas
Asesor de Tesis

Lima, 22 de marzo del 2024

ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IX CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS – MODALIDAD HÍBRIDA

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

KATHERINE PAOLA CUBA RAMIREZ

Ha cumplido con los requisitos del Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2022 - enero y febrero 2023 con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**“VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN
MUJERES DE LA REGIÓN RURAL: UN ANÁLISIS DE FUENTE
SECUNDARIA. PERÚ, 2020-2022”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva, según Acuerdo de Consejo Universitario N°0287-2023, que aprueba el IX Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida.

Lima, 23 de febrero de 2024.



Dr. Jhonny De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alarista-Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p>¿Cuál es la relación entre violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú: un análisis de fuente secundaria. Perú, 2020-2022?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de la región rural: un análisis de fuente secundaria. Perú, 2020-2022</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>Determinar la relación entre factores sociodemográficos y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p> <p>Determinar la relación entre violencia física ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p>	<p>GENERAL</p> <p>Existe relación directamente proporcional entre violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>Existe relación entre los factores sociodemográficos y síntomas depresivos en las mujeres de la región rural del Perú.</p> <p>Existe relación directamente proporcional entre violencia física ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Síntomas depresivos</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Violencia de pareja íntima</p> <p>Factores sociodemográficos</p> <p>Antecedente de maltrato físico por el padre</p>	<p>Observacional</p> <p>Retrospectivo</p> <p>Transversal</p> <p>Analítico</p>	<p>Población:</p> <p>Conformada por mujeres en edad fértil residentes en Perú durante el periodo 2020-2022.</p> <p>Muestra:</p> <p>Conformada por 6797 mujeres en edad fértil que residen en la región rural del Perú.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años -Mujeres que hayan respondido los ítems de las variables de interés 	<p>Se utilizó la base de datos de una fuente secundaria: ENDES, el cual consta del cuestionario de salud, cuestionario individual de la mujer y cuestionario de hogar.</p> <p>Los datos correspondientes a síntomas depresivos se obtuvieron a partir del cuestionario PHQ-9, instrumento validado a nivel nacional cuya puntuación total oscila entre 0 a 27 puntos, siendo el 10 el punto de corte</p>	<p>A través de la Plataforma Nacional de Datos Abiertos del INEI se accede a los datos obtenidos por la ENDES donde se procedió a descargar la base de datos de las variables de interés de los años 2020, 2021 y 2022. Se agregó a la base de datos de CSALUD, las bases REC84DV, REC0111, RECH1, REC9. Finalmente, se unieron las bases correspondientes de cada año en una base de datos única mediante el uso del programa de IBM SPSS Statistics 27.</p> <p>Para el análisis univariado se trabajó las variables de interés presentando la frecuencia absoluta, relativa y coeficiente de variación en tabla de frecuencia.</p>

	<p>Determinar la relación entre violencia verbal o psicológica ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p> <p>Determinar la relación entre violencia sexual ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p> <p>Determinar la relación entre el consumo de alcohol en la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p> <p>Determinar la relación entre el antecedente de maltrato físico ejercido por el padre y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p>	<p>Existe relación directamente proporcional entre violencia verbal o psicológica ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p> <p>Existe relación directamente proporcional entre violencia sexual ejercida por la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p> <p>Existe relación directamente proporcional entre el consumo de alcohol en la pareja y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p> <p>Existe relación directamente proporcional entre el antecedente de maltrato físico ejercicio por el padre y síntomas depresivos en mujeres de la región rural del Perú.</p>			<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombres - Mujeres de 12 a 14 años - Cuando la persona en estudio señala no saber la respuesta o no responde 	<p>para considerar un caso positivo.</p> <p>La variable violencia de pareja íntima se encuentra en el cuestionario individual de mujer, sección 10, apartados 1003, 1004, y 1005.</p>	<p>En el modelo bivariado se empleó el estadístico de prueba chi cuadrado para asociación de las variable independientes y la variable dependiente, de estos se reportará la Razón de Prevalencia cruda con sus respectivos intervalos de confianza.</p> <p>Para el análisis multivariado se empleará un modelo de regresión de Poisson para obtener la Razón de Prevalencia ajustada con sus intervalos de confianza al 95% para la variable independiente y dependiente, una significancia estadística de $p < 0.05$. Se elaboró un análisis CSPLAN que contiene el diseño de muestras complejas teniendo en cuenta el factor de ponderación</p>
--	--	---	--	--	---	---	--

ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición teórica	Definición operativa	Tipo	Naturaleza	Escala	Valor	Instrumento	Fuente de información
Síntomas depresivos	Trastorno mental que se caracteriza por producir sensaciones de tristeza en intensidad y duración lo suficientes pueden interferir con la vida diaria de quien la padece.	Presencia de síntomas depresivos basados en criterios DSM para depresión mayor experimentados durante dos semanas previas a la entrevista	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Nominal 1	0= No (Puntaje PHQ-9 <10) 1= Sí (Puntaje PHQ-9 >=10)	Cuestionario de Salud: Cuestionario PHQ-9	ENDES
Violencia de pareja íntima	Cualquier tipo de violencia ejercida por parte de una	Violencia física, psicológica/verbal o sexual ejercida por el esposo,	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nominal 1	Violencia de pareja: de cualquier tipo • 0: No	Cuestionario individual de la mujer: violencia contra la mujer alguna vez	ENDES

		pareja íntima actual o anterior	novio, compañero sentimental o pareja sexual actual o anterior				<ul style="list-style-type: none"> • 1: Sí Violencia física <ul style="list-style-type: none"> • 0: No • 1: Sí Violencia psicológica <ul style="list-style-type: none"> • 0: No • 1: Sí Violencia sexual <ul style="list-style-type: none"> • 0: No • 1: Sí 	ejercida por el esposo o conviviente	
Factores sociodemográficos	Edad	Tiempo de vida desde que nace expresado en años	Edad de la persona registrada	Independiente	Cuantitativa discreta	De razón	Edad en años <ul style="list-style-type: none"> • 0: 25 a 34 años • 1: 35 a 44 años • 2: 45 años a más • 3: 15 a 24 años 	Cuestionario individual de la mujer: Características sociodemográficas y sociales	ENDES

	Grado de instrucción	Educación de una persona que recibió por parte de un colegio estatal o privado	Nivel de preparación alcanzado	Independiente	Cualitativa politómica	Ordinal	Educación recibida <ul style="list-style-type: none"> • 0: Superior • 1: No superior • 2: Sin educación 	Cuestionario individual de la mujer: Características demográficas y sociales	ENDES
	Estado civil	Situación de personas determinadas por sus relaciones de familia	Estado jurídico político de una mujer respecto su pareja al momento de la entrevista	Independiente	Cualitativa politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0: Casada • 1: No casada 	Cuestionario del hogar: Características demográficas y sociales	ENDES
	Índice de riqueza	Posición relativa de la persona en una estructura económica de una sociedad determinada	Lugar alcanzado por las personas en función de la distribución de bienes económicos.	Independiente	Cualitativa politómica	Ordinal	Nivel en función de su instrucción, ocupación, ingresos económicos <ul style="list-style-type: none"> • 0: No pobre • 1: Pobre 	Cuestionario individual de la mujer: Características demográficas y sociales	ENDES

	Idioma o lengua materna	Lengua primera que una persona aprende a hablar	Lengua aprendida por la entrevistada durante la niñez	Independiente	Cualitativa politómica	Nomina 1	<ul style="list-style-type: none"> • 0: Castellano • 1: Lengua extranjera: 1 • 2: Indígena/originaria 	Cuestionario individual de la mujer: características sociodemográficas y sociales	ENDES
Antecedente de maltrato físico por el padre		Presencia de trato desconsiderado, cruel y duro a nivel físico por parte del padre de familia	Presencia de maltrato físico por el padre a la entrevistada desde los 15 años	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nomina 1	<ul style="list-style-type: none"> • 0: No • 1: Sí 	Cuestionario individual de la mujer	ENDES

ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MEDICIÓN DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE LA ENDES QUE CORRESPONDE AL CUESTIONARIO PHQ-9.

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL																																																						
PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD																																																						
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A																																																	
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población																																																						
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse mas lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a si misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3		
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																		
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																		
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																		
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																		
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																		
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																		
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																		
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																		
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																		
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																		

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA MEDICIÓN DE PRESENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA DE LA ENDES.

1003	Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último)esposo (compañero):		
A	¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?	SI 1 → NO 2 → NO SABE 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
B	¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?	SI 1 → NO 2 → NO SABE 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
C	¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?	SI 1 → NO 2 → NO SABE 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
D	¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?	SI 1 → NO 2 → NO SABE 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
E	¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?	SI 1 → NO 2 → NO SABE 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
F	¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	SI 1 → NO 2 → NO SABE 8	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
1004	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero). Su (último) esposo (compañero) alguna vez:		
A	¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
B	¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
C	¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1005	Su (último) esposo (compañero) alguna vez:		
A	¿La empujó, sacudió o le tiró algo?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
B	¿La abofeteó o le retorció el brazo?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
C	¿La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
D	¿La ha pateado o arrastrado?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
E	¿Trató de estrangularla o quemarla?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
F	¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
G	¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
H	¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3
I	¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?	SI 1 → NO 2 →	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? MUCHA FRECUENCIA 1 ALGUNAS VECES 2 NUNCA 3

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP

https://drive.google.com/drive/folders/1duxO4bM7nAGnkqMAPcNApQePrGZ-Aykl?usp=drive_link