



UNAP



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TESIS

**VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ÁREAS
RURALES DE LA SELVA PERUANA: ENDES 2017-2022**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

MARTÍN ERNESTO REÁTEGUI GARCÍA

ASESOR:

MC. HUGO MIGUEL RODRÍGUEZ FERRUCCI, Mgtr.SP.

**IQUITOS, PERÚ
2024**

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNAP

Facultad de Medicina Humana
"Rafael Donayre Rojas"

ACTA DE SUSTENTACION N°008 / CGT- FMH-UNAP-2024

En la ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, departamento de Loreto, a los 03 días del mes de mayo del 2024 a horas 12:00m, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulado "Violencia de pareja íntima y depresión en mujeres de áreas rurales de la Selva Peruana: ENDES 2017-2022", aprobada la sustentación con Resolución Decanal N° 1742024-FMH-UNAP del bachiller MARTÍN ERNESTO REÁTEGUI GARCÍA, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N°083-2024-FMH-UNAP:

- MC. Charles Ocampo Falcon Presidente
- MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas. Miembro
- MC. Renzo Ygor Paima Rios Miembro
- MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgtr.SP. Asesor

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas:

SATISFACIDAMENTE

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública de la tesis ha sido APROBADA con la calificación de 18 (dieciocho)

Estando el bachiller APTO para obtener título profesional de Médico Cirujano.

Siendo las 12:50h se dio por terminado el acto académico.



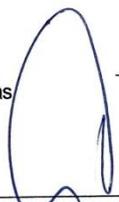
MC. Charles Ocampo Falcon
Presidente



MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas
Miembro



MC. Renzo Ygor Paima Rios
Miembro



MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgtr.SP.
Asesor

MIEMBROS DEL JURADOR EXAMINADOR Y ASESOR



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Denayne Rojas"



MC. Charles Ocampo Falcón.

Presidente

MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas.

Miembro

MC. Renzo Igor Palma Ríos

Miembro

MC. Hugo Rodríguez Ferrucci. Mgtr.SP.

Asesor

Av. Colonial S/N – Puchana – Moronillo – Telefax (065) 25-1780
E-mail: medicina@unapiguitos.edu.pe
Iquitos-Perú



RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

FMH_TESIS_REATEGUI GARCIA.pdf

AUTOR

MARTIN ERNESTO REATEGUI GARCIA

RECuento de palabras

15010 Words

RECuento de caracteres

76410 Characters

RECuento de páginas

70 Pages

Tamaño del archivo

877.3KB

Fecha de entrega

Jun 11, 2024 9:34 AM GMT-5

Fecha del informe

Jun 11, 2024 9:35 AM GMT-5

● 12% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Fuentes excluidas manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

DEDICATORIA

A mis padres, Martín y Elida, por su apoyo y amor incondicional durante mi vida y formación, por ser ejemplo de esfuerzo y resiliencia.

Para las mujeres de mi contexto familiar más profundo, que siempre me dieron enseñanzas y cariño, y que en algún momento con mucha fortaleza pudieron vencer y salir del círculo de violencia.

AGRADECIMIENTOS

A mi hermano Jefferson, amigo grande de vida

A mi abue Azelita, por su calidez y cariño, en cada beso y abrazo

A Gigi, mi querida tía y a Leo V., por todo el apoyo durante mi pregrado

A mi asesor, Dr Hugo Rodríguez por su tiempo, consejos y sugerencias para la realización de este trabajo

A los docentes y personal de salud que aportaron con sus enseñanzas durante mi formación en especial al Dr Edgar Ramírez, no solo maestro sino mentor y amigo.

A Valentina Murrieta, cuya compañía y amor fueron nutrientes de crecimiento en mi persona

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	ii
MIEMBROS DEL JURADOR EXAMINADOR Y ASESOR.....	iii
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	7
1.1. Antecedentes.....	7
1.2 Bases teóricas	13
1.3. Definición de términos básicos:	22
CAPÍTULO II: HIPOTESIS Y VARIABLES	25
2.1. Formulación de hipótesis	25
2.2 Variables y su operacionalización	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	36
3.1. Diseño metodológico:	36
3.2. Diseño muestral:.....	36
3.4. Procesamiento y análisis de datos.....	42
3.5. Aspectos éticos:.....	43
CAPITULO IV RESULTADOS.....	45
CAPITULO V: DISCUSIÓN	60
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	66
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	67
CAPÍTULO VIII : REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69
ANEXOS	76
Anexo 01 Matriz de consistencia	76
Anexo 02 Instrumento PHQ-9 adaptado a la ENDES -Modulo salud	77
Anexo 03 Cuestionario módulo de violencia familiar y preguntas sobre VPI.....	78
Anexo 04 Diseño de Muestreo de la ENDES 2017-2022	80
Anexo 05 Dictamen de Comité Institucional de Ética en Investigación	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Muestra final por año de mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana	45
Tabla 2 Características sociodemográficas en mujeres de 15-49 años de las áreas rurales de la selva peruana 2017-2022	46
Tabla 3 Antecedentes patológicos y de riesgo en mujeres de 15-49 años de las áreas rurales de la selva peruana 2017-2022	48
Tabla 4 Frecuencia de la violencia de pareja íntima en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana 2017-2022	49
Tabla 5. Frecuencia de depresión y síntomas depresivos según PHQ9 en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana. 2017-2022	49
Tabla 6 Características sociodemográficas y síntomas depresivos en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana 2017-2022	51
Tabla 7 Antecedentes patológicos y síntomas depresivos en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la Selva Peruana 2017-2022	53
Tabla 8 Violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres en edad fértil de áreas rurales de la selva peruana	54
Tabla 9 Factores sociodemográficos asociados a síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana	55
Tabla 10 Antecedentes de riesgo y patológicos asociados a síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana	57
Tabla 11 Asociación entre la violencia de pareja íntima y síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. PHQ9 en mujeres en de 15-49años pertenecientes a áreas rurales de la selva peruana	50
--	----

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres en edad fértil de áreas rurales de la selva peruana, tomando como referencia a los datos de la Encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondientes de los años 2017-2022. **Metodología:** Estudio transversal analítico en la que se consideró como población de estudio a las mujeres en edad fértil de 15-49 años pertenecientes a las áreas rurales de la selva peruana, se obtuvo como muestra final 6558 mujeres. Se consideró un puntaje del “Cuestionario de Salud del Paciente PHQ9” ≥ 10 para determinar la presencia de síntomas depresivos relevantes. Los indicadores de presencia de Violencia de pareja íntima fueron aquellos utilizados por la ENDES y el análisis estadístico se realizó utilizando el método de regresión logística binaria. **Resultados:** Se encontró una alta prevalencia de Violencia de Pareja íntima total con un 53.76 %, dentro de los subtipos de VPI se encontró una mayor prevalencia de mujeres que sufrieron VPI psicológica con 47.96% seguido de VPI física 28.61%, VPI sexual 6.50%. La prevalencia de síntomas depresivos relevantes fue de 4.60%. Se encontró que las mujeres que sufrieron VPI total (ORa: 4.00; IC95%: 2.73-5.81; $p < 0.001$)., VPI física (ORa :2.81; IC 95%: 1.98-3.98 ; $p < 0.001$) , VPI psicológica ((Ora: 3.05; IC95% :2.13-4.36; $p < 0.001$), y VPI sexual (Ora: 3.13, IC95%: 2.00-4.89; $p < 0.001$) tenían más probabilidades de sufrir de síntomas depresivos relevantes, estos hallazgos fueron estadísticamente significativos. **Conclusiones:** Las mujeres que fueron víctimas de cualquier tipo de violencia de pareja íntima, del mismo modo (VPI física, VPI psicológica, VPI sexual) tuvieron más probabilidades de sufrir de síntomas depresivos relevantes .

Palabras clave (DeCs) : Depresión , Violencia de pareja, Medio rural.

ABSTRACT

Objective: Determine the relationship between intimate partner violence and depression in women of childbearing age from rural areas of the Peruvian jungle, using data from the Demographic and Family Health Survey (ENDES) corresponding to the years 2017-2022. **Methods:** This is an analytical cross-sectional type of study, considering the study population as women of childbearing age from 15 to 49 years old belonging to rural areas of the Peruvian jungle. A final sample of 6558 women was obtained. A score of "PHQ9 Patient Health Questionnaire ≥ 10 " was considered to determine the presence of relevant depressive symptoms compatible with depression. The indicators of intimate partner violence presence were those used by ENDES, and statistical analysis was performed using the binary logistic regression method. **Results:** A high prevalence of total intimate partner violence was found, with 53.76%. Within the subtypes of IPV, a higher prevalence of women who suffered psychological IPV was found, with 47.96%, followed by physical IPV with 28.61%, and sexual IPV with 6.50%. The prevalence of relevant depressive symptoms was 4.60%. It was found that women who suffered total IPV (ORa: 4.00; CI95%: 2.73-5.81; $p < 0.001$), physical IPV (ORa: 2.81; CI 95%: 1.98-3.98; $p < 0.001$), psychological IPV (ORa: 3.05; CI95%: 2.13-4.36; $p < 0.001$), and sexual IPV (ORa: 3.13, CI95%: 2.00-4.89; $p < 0.001$) were more likely to suffer from relevant depressive symptoms, and these findings were statistically significant. **Conclusions:** Women who were victims of any type of intimate partner violence, likewise (physical IPV, psychological IPV, sexual IPV), were more likely to suffer from relevant depressive symptoms.

Keywords (MeSH) : Depression , intimate partner violence , rural population

INTRODUCCION

La violencia de pareja íntima (VPI) es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer, es definida por la “Organización Mundial de la salud (OMS) “como actitudes y comportamientos por parte de una pareja íntima o expareja que ocasionan daño físico, psicológico, emocional o sexual, estos elementos engloban la violencia física, coerción y abuso sexual, maltrato psicológico y acciones de manipulación o de control. (1)

La Organización Panamericana de la Salud, estima que 25% de mujeres en edad fértil, fueron víctimas de algún tipo de violencia sexual o física por alguna pareja o expareja en algún momento de sus vidas (2). Aunque esta cifra es alarmante, la prevalencia de la VPI varía en cada región del mundo. En Europa del este se reporta que el 20% de mujeres ha sufrido algún tipo de VPI, mientras que en Asia del sur esta cifra fue del 35% (3). En América Latina la situación es variada, en países como Panamá, Brasil y Uruguay se registran índices de VPI que van desde 14% hasta 17%, mientras que en Bolivia esta cifra supera el 58,5%. (4)

Perú se destaca con uno de los índices más altos de esta problemática, reflejados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que en el año 2022 reportó alrededor del 55,7% de mujeres entre 15 y 49 años experimentaron algún tipo de VPI en algún momento, mientras que en los últimos 12 meses, el 8,6% de mujeres entre los 15 y los 49 años experimentaron violencia física y sexual por parte de sus esposos o parejas, poniendo en peligro sus vidas, siendo la mayoría de este porcentaje, mujeres pertenecientes a áreas rurales. (5)

Uno de los impactos más importantes a mediano y largo plazo de la VPI es en la salud mental, teniendo como consecuencia el riesgo de sufrir depresión(6). La depresión es un problema con una prevalencia elevada en las mujeres peruanas, se estima que un 6.4% de mujeres en edad fértil sufren depresión moderada y grave.(7) Sus principales consecuencias son la disminución significativa de la calidad de vida, abuso de sustancias, riesgo de autolesión, del mismo modo exacerbada la carga de enfermedades crónicas y complica el manejo de condiciones médicas preexistentes. (8) La relación entre la depresión y la violencia de pareja crea un ciclo perjudicial que afecta negativamente a la mujer afectada. (6)

Si bien la relación entre la VPI y la depresión ha sido estudiada, pocos estudios fueron centrados en mujeres de áreas rurales. A nivel internacional en mujeres de áreas rurales de Vietnam se encontró que aquellas que sufrieron más de dos tipos de VPI tuvieron 10.1 de probabilidades de sufrir síntomas de depresión y pensamientos suicidas.(9) Mientras que estudios realizados en áreas rurales de México y Brasil el antecedente de experimentar VPI aumentó en 5.8 y 2.32 respectivamente el riesgo de sufrir síntomas depresivos compatibles con depresión mayor y trastornos de salud mental. (10)

Sin embargo, no se reportan estudios realizados en las áreas rurales de la selva peruana, ya que cada área puede tener factores sociodemográficos específicos que impactan en la prevalencia de la VPI y los trastornos de salud mental, es menester destacar que las áreas rurales de la selva peruana presentan un conjunto único de desafíos y características como lo son los niveles de pobreza, el bajo nivel educativo y el inicio temprano de relaciones sexuales. (11) También es importante recalcar que en las áreas rurales de la selva se encuentran la mayor prevalencia de comunidades indígenas del Perú. (12) El contexto

socioeconómico de estas comunidades rurales e indígenas puede jugar un papel crucial en la dinámica de la VPI y la salud mental de las mujeres.

En vista de la importancia de comprender la relación entre la VPI y la depresión en este contexto específico, este estudio pretende analizar y evaluar la relación entre la violencia de pareja íntima y la depresión a través de los síntomas depresivos relevantes en mujeres que residen en las áreas rurales de la selva peruana. Para lo cual se utilizará los microdatos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar "ENDES", periodo del 2017 a 2022.

Formulación del problema:

¿Existe relación entre la violencia de pareja íntima y depresión en mujeres de áreas rurales de la selva peruana?

Objetivos:

Objetivo general:

- Determinar la relación entre la violencia de pareja íntima y síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, etnia, índice de riqueza, ser gestante) relacionadas a síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana.
- Identificar los antecedentes de riesgo (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, infección de transmisión sexual, índice de masa corporal,

consumo de alcohol de la participante y la pareja) relacionados a síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana.

- Identificar la relación entre la violencia física de pareja íntima y los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana.
- Identificar la relación entre la violencia psicológica de pareja íntima y síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana.
- Identificar relación entre la violencia sexual de pareja íntima y los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana.

Justificación:

Importancia:

La violencia de pareja íntima (VPI) se destaca por ser una problemática con alta prevalencia y gran relevancia para los sistemas de salud pública en todo el mundo. Eliminar todas las formas de violencia contra la mujer en las que se incluye la VPI forma parte de uno de los objetivos principales de las Naciones Unidas. (13) No obstante, pese a esto, reportes internacionales indican que el 38% de los feminicidios son perpetrados por pareja o expareja íntima de la víctima. (1) Los trastornos depresivos son consecuencia frecuente de la VPI que suelen prolongar el ciclo de violencia y dificultar la búsqueda de ayuda.(14)

La violencia contra la mujer y la salud mental son temas de alta importancia para la salud pública peruana, además la salud mental es una línea prioritaria de investigación. (15) Siendo la depresión uno de los problemas más comunes de salud mental, con una prevalencia elevada en mujeres peruanas.(7) Sus

principales consecuencias son el deterioro de la calidad de vida y la disminución la productividad diaria. Además, la depresión se asocia estrechamente con el aumento de comportamientos de riesgo, como el abuso de sustancias y la autolesión, generando un impacto negativo en la salud física y emocional a corto y largo plazo de las víctimas. (8) También se ha evidenciado que la depresión cumple un rol en la perpetuación de la violencia en mujeres que son víctimas de VPI. (16)

Es fundamental resaltar que las zonas rurales de la selva peruana enfrentan diversas disparidades geográficas y económicas. De igual manera, sus poblaciones rurales e indígenas suelen ser excluidas de manera desproporcionada de los servicios de salud, sociales y legales destinados a la prevención de la violencia y el tamizaje de salud mental, debido a barreras socioculturales, geográficas e institucionales.(17)

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la relación entre la violencia de pareja íntima y los trastornos depresivos en mujeres que residen en las áreas rurales de la selva peruana. Este conocimiento extendido a los establecimientos en el primer nivel de atención, especialmente aquellos ubicados en las áreas rurales, servirá como herramienta invaluable para que el personal de salud y autoridades gubernamentales puedan interactuar de manera más efectiva con las poblaciones de mujeres en áreas rurales. Además, permitirá la implementación de políticas de salud pública más informadas, como la creación de programas que fortalezcan la resiliencia comunitaria y tamizajes de salud mental, fomentando el apoyo social y las redes de seguridad que ayuden a las mujeres a hacer frente a la violencia y la depresión. La información derivada de este estudio ayudará a los profesionales de la salud para identificar de manera temprana síntomas de

depresión en mujeres con sospecha de sufrir algún tipo de violencia de pareja íntima, con la finalidad de ofrecer medidas preventivas y de apoyo a medida que se aborden estos problemas de manera integral.

Viabilidad:

El presente proyecto de tesis es viable, los microdatos de la ENDES son de libre acceso y cumplen con la ley de protección de datos de los participantes. Del mismo modo los datos son suficientes y representativos, además de necesarios para poder identificar y analizar las variables propuestas en los últimos 6 años (2017-2022). Existe una prevalencia elevada de violencia de pareja en las mujeres peruanas (55.7%) lo que refuerza la viabilidad de este trabajo (5)

Limitaciones:

Las limitaciones existentes están relacionadas a las preguntas que determinan las variables de VPI y depresión. Los datos secundarios pueden no captar la totalidad de los casos, especialmente si las mujeres participantes tuvieron temor o vergüenza de responder e informar adecuadamente en las entrevistas. En cuanto a depresión, la variable a medir “síntomas depresivos relevantes” si bien no incluye a las personas con síntomas depresivos mínimos y leves, este punto de corte de PHQ9 mayor/igual de 10 puntos tiene una sensibilidad del 88% y especificidad de 85% para depresión mayor(18) (19), del mismo modo ha sido utilizado en estudios previos . (20)

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes:

1.1.1. Internacionales

En 2023, un estudio transversal analítico fue desarrollado en una población de mujeres de áreas rurales pertenecientes a un programa social brasilero. El trabajo contó como objetivo encontrar la relación entre la violencia de pareja íntima con sus subtipos y los trastornos de salud mental más comunes, entre ellos depresión y ansiedad. La muestra significativa fue de 415 mujeres, halló ser víctima de algún tipo de VPI aumentaba en 2.32 el riesgo de sufrir trastorno común de la salud mental, en los que se encontraba depresión. Además de eso se evidenció que el estado civil, la ausencia de la figura paterna y escasez de alimentos estuvieron relacionados a trastornos de salud mental en esta población de mujeres.(10)

En 2022, en el norte de Pakistán, se publicó un estudio transversal analítico, cuyo objetivo primario fue el de estudiar la relación entre los tipos de VPI y trastornos de salud mental junto con la calidad de vida de mujeres de áreas rurales. Con una muestra final representativa de 789 mujeres se encontró que la VPI se asoció a los síntomas de depresión aumentando en 1.97 los riesgos. Además como resultados secundarios se halló que una percepción de mala calidad de vida y mala salud incidían en el aumento de síntomas depresivos compatibles con depresión. (21)

En 2021, un estudio analítico de cohorte tuvo como objetivo principal determinar la relación entre violencia doméstica y síntomas depresivos en mujeres de áreas rurales de Drakenstein-Sudáfrica. El estudio incluyó 981 mujeres pertenecientes a

dos centros de salud. Se evidenció un aumento del riesgo de sufrir depresión en un 1.55 en aquellas participantes que fueron víctimas de VPI emocional y psicológica. En cuanto a las víctimas de violencia sexual las probabilidades aumentaron en 2.02 veces. (22)

En 2021, se publicó un estudio analítico que utilizó los datos de una base secundaria a nivel nacional, específicamente de una comunidad rural en Chiapas, México. El objetivo fue investigar la relación entre los distintos tipos de violencia íntima de pareja y los trastornos depresivos y de ansiedad en mujeres mayores de 15 años. La muestra total del estudio fue de 141 mujeres. Los resultados principales indicaron que haber experimentado violencia íntima de pareja en algún momento de la vida aumentó el riesgo de presentar síntomas de depresión moderada a severa en 5.8 veces y de ideación suicida en 2.08. (23)

En 2021 realizó un estudio transversal entre octubre y diciembre para determinar la prevalencia de violencia doméstica y problemas de salud mental en mujeres que visitan instalaciones de atención primaria en la gobernación rural de Ismailia, Egipto. La muestra incluyó a 350 mujeres casadas. La violencia doméstica tuvo una prevalencia del 41%, un 43% refirió haber experimentado abuso físico y sexual. La práctica sin consentimiento fue la forma de abuso sexual más común (63%). La ansiedad afectó al 76% de las mujeres, predominantemente de grado leve (46%). Los factores significativos para la ansiedad fueron mayor edad, residencia rural y exposición al abuso (OR = 11.2, IC 95%: 4.9–25.4). El uso de drogas estimulantes por parte del esposo fue un predictor clave del abuso (OR = 2.3, IC 95%: 1.4–3.9).(24)

En 2019, un estudio analítico que se llevó a cabo en mujeres de áreas rurales de Bangladesh fue publicado. El objetivo principal fue encontrar los factores asociados a depresión entre las variables principales estaban los tipos de VPI. Como resultado primario se halló que las probabilidades de sufrir depresión incrementaban en 2.27 veces si se sufría VPI psicológica (RR=2.27, IC del 95%: mientras que con la VPI física fue de 2.44, la VPI sexual aumentaba en 1.65 las probabilidades de depresión. (25)

En 2018 en Etiopía, se publicó un estudio analítico de Cohorte. Se contó con una muestra representativa de 4680 participantes mujeres, la prevalencia fue de 10.8% de síntomas depresivos compatibles con depresión. Se encontró que la VPI aumentaba en 3.08 veces las probabilidades de tener síntomas depresivos prenatales (OR: 3.08; 95% IC :2.23–4.25), como resultados secundarios la anemia y escasez alimentaria moderada a grave también se asociaron con síntomas depresivos. Este estudio evidencia la relación potenciadora entre la VPI y los síntomas depresivos, del mismo modo se encontraron variables propias de las mujeres de áreas rurales que aumentaban las probabilidades de tener síntomas depresivos. (26)

1.1.2. Nacionales

En 2023, un trabajo de tesis del tipo no experimental transversal realizado en Chiclayo. El objetivo principal fue determinar la relación entre la violencia de pareja y depresión en mujeres madres de familia pertenecientes a una institución educativa. Con un total de 195 participantes se encontró que el 51.3% de madres de familia sufrió de violencia de pareja mientras que el 52.8% tenía algún nivel de

depresión, utilizando la prueba de correlación de Spearman se encontró una correlación significativa entre la violencia y depresión ($Rho = .688$; $p < .0001$). (27)

En 2022, un estudio observacional analítico de corte transversal se llevó a cabo en mujeres gestantes pertenecientes a dos centros de salud I-4, en huamanga, Ayacucho. El objetivo fue determinar los factores asociados a depresión en gestantes. Se encontró que la prevalencia de depresión durante el embarazo era un 21% mayor en las mujeres que experimentaron violencia de pareja a comparación de aquellas que no (RPa: 1.21, IC del 95%: 1.04 – 1.41). (28)

En 2021 se publicó un trabajo de investigación de análisis de bases secundarias de la ENDES periodos del 2014, 2015 y 2016. El objetivo primario del estudio fue encontrar la asociación entre la VPI y los síntomas depresivos relevantes en mujeres en edad fértil. La muestra final incluyó un total de 24,099 mujeres. Como resultado principal encontraron que el riesgo de sufrir de síntomas depresivos era 2.47 veces más elevado en aquellas mujeres víctimas VPI. (20)

En 2019, una tesis con metodología de estudio analítico transversal de una base secundaria del INEI, ENDES, tuvo como objetivo estudiar la violencia doméstica y los síntomas depresivos en las provincias de la ciudad de LIMA. Se obtuvo un total de 956 mujeres en la muestra final de las cuales se encontró que 338 participantes sufrieron de violencia doméstica, entre ellas se reportó que el 81.2% de ese subtotal tuvieron depresión, el subtipo de violencia que más prevalencia tuvo con fue la violencia psicológica con un 34.7%. En el análisis bivariado la depresión también estuvo asociada a la edad y al estado civil de soltera (29)

1.1.3 Regionales

En 2024, un trabajo de tesis realizado en Cusco tuvo como objetivo primario determinar la relación entre violencia de pareja y depresión en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco. Con una muestra final de 360 mujeres que participaron del estudio. Se encontraron las siguientes proporciones en los niveles de depresión siendo la depresión leve (28%), la más prevalente, seguidas de depresión moderada (22%) y severa (13%). En el análisis bivariado se halló que hubo una correlación positiva de grado moderada entre la VP y depresión ($r=0.577$), del mismo modo este estudio encontró una relación positiva entre la VPI y otras alteraciones de salud mental importantes tales como estrés ($r=0.61$) y ansiedad ($r=0.66$) siendo resultados estadísticamente significativos. (30)

En 2022, se culminó un trabajo de tesis del tipo analítico correlacional transversal realizado en una comunidad de Pasco, cuyo objetivo fue estudiar la relación entre la depresión y la violencia de pareja. Para medir depresión utilizaron el "Cuestionario Adaptado de Depresión de Beck" mientras que la ficha usada para evidenciar la presencia de violencia de pareja se utilizó una ficha de tamizaje de violencia doméstica. Se obtuvo un total de 121 mujeres que participaron en el estudio. Como resultado final el estudio concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y la violencia psicológica ($Rho=1.169$; $p<0.05$) y depresión y violencia física ($Rh=0.788$; $p<0.05$), sin embargo no se encontró una relación significativa entre la violencia de pareja sexual y depresión ($p<0.05$). Este estudio evidencia relación entre estas dos variables, no obstante la cantidad de mujeres que sufrieron de violencia sexual fue mínima por lo que pudo tener un impacto en el análisis final del este estudio. (31)

En 2019, un trabajo de tesis investigó la relación entre VPI y depresión en mujeres de Cajamarca, con una muestra de 144 mujeres pertenecientes Programa Complementario de Alimentación del municipio. La Escala de Violencia (VIFJ4) y el Inventario de Depresión de Beck fueron los instrumentos principales. Dentro de los resultados el 56.9% de participantes sufría depresión grave, mientras que un 19.4% tuvieron un nivel de depresión leve, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y depresión en las mujeres que acudieron a programas sociales del municipio de Cajamarca. (Rho: 0.682; $p < 0.001$) (32)

En 2016, se realizó un trabajo de tesis del tipo analítico correlacional, que tuvo como objetivo determinar los factores asociados a depresión post parto en puérperas pertenecientes a dos centros de salud del MINSA y EsSalud en Tarapoto, San Martín. Con una muestra final de 95 puérperas se encontró que el 26.4% fueron violentadas por el conyugue siendo la violencia sexual la más frecuente. La prevalencia de depresión posparto fue de 44,4%. Se encontró que el grado de instrucción de la pareja ($p = 0,03$) y ocupación de la pareja ($p = 0,01$) estaban asociados a depresión posparto sin embargo no se encontró relación entre el tipo de violencia y la depresión posparto ($p=0.83$). (33)

1.1.4. Locales

En 2023, se realizó un trabajo de tesis en Yurimaguas, el objetivo fue medir la asociación entre la VPI y la depresión en estudiantes de un instituto tecnológico. Para medir depresión se usó el instrumento de Beck II mientras que para violencia de pareja se utilizó el “cuestionario de violencia de pareja en jóvenes”. Como prueba de hipótesis principal se usó la prueba de Pearson. Como resultado final

se obtuvo una muestra de 150 estudiantes. Se encontró que el 32% de estudiantes sufría algún grado de depresión mientras que el 60% de estudiantes sufría de abuso en sus relaciones, sin embargo, al momento de aplicar el análisis bivariado no se obtuvo una relación significativa ($p= 0.06$). El resultado de este estudio a comparación de otros donde sí se encuentra una relación entre estas variables, podría deberse a la homogeneidad de la muestra, estudiantes de un instituto y de una edad determinada a comparación de estudios que tienen muestras más heterogéneas. (34)

En 2020, se completó un trabajo de tesis cuyo objetivo principal fue encontrar la asociación entre depresión y ansiedad con la VPI. El estudio conto con 200 mujeres pertenecientes a un centro de emergencia para mujeres. Como resultado principal se halló una relación positiva fuerte entre la VPI y depresión ($Rho=0.74$). Sin embargo, este estudio utilizo escalas poco usadas y solo estudiaron violencia total en general. (35)

No se registraron más estudios pertenecientes a Loreto que tuvieran dentro de sus resultados la asociación entre la VPI y depresión.

1.2 Bases teóricas

Violencia Contra la mujer

Violencia de pareja

La violencia contra la mujer presenta una seria preocupación de salud pública a nivel global. Dentro de ellas la violencia de pareja íntima es la común y prevalente y se refiere a comportamientos física, sexual y psicológicamente dañinos en el

contexto del matrimonio, la convivencia u otra forma de unión, así como el abuso emocional y económico y los comportamientos de control.(36) La VPI puede tener importantes efectos físicos y mentales, incluyendo lesiones físicas, trastornos de salud mental como depresión, ansiedad a su vez puede incidir en la incidencia de ITS y embarazos no deseados (37). La pandemia de COVID-19 y las medidas de control asociadas (es decir, confinamientos, restricciones de movilidad y toques de queda) exacerbaron aún más los efectos de la violencia de pareja íntima.(38) del mismo modo la pandemia generó un mayor realce de esta problemática y evidenció que aún se requieren mayores políticas de acción y prevención en este tema tan importante. (39)

Impacto de la VPI en la salud mental

La subordinación de las mujeres también está asociada con una serie de factores estresantes psicosociales, uno de ellos es la violencia, que ha sido vinculada con consecuencias adversas para la salud mental. Estudios de diferentes entornos en los EE.UU. han demostrado que la violencia de pareja íntima está asociada con la depresión entre las mujeres. Según estudios realizados en entornos clínicos o basados en instalaciones, la violencia de pareja está asociada con la depresión y los intentos de suicidio (40). Estudios basados en la comunidad también han reportado que las formas severas de violencia de pareja están asociadas con tasas aumentadas de depresión(41). Una posible explicación de por qué la violencia contra las mujeres genera consecuencias adversas para la salud mental, incluida la depresión, es el miedo recurrente y la indefensión aprendida (42) Hay varias explicaciones posibles. En primer lugar, la violencia por parte de una pareja íntima probablemente disminuye la autoestima y sustenta una visión

negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. Las mujeres que sufren violencia física a menudo son humilladas ante sus vecinos, amigos y familiares, lo que provoca sentimientos de vergüenza y comportamientos de retraimiento, incrementando así el aislamiento y la estigmatización (43). Además, la violencia emocional es una forma de violencia que erosiona directamente la autoestima de una persona, especialmente la intimidación frente a otras personas. Se sabe que la violencia resulta en miedo recurrente e indefensión aprendida, lo que lleva a una disminución de la capacidad de resolución de problemas. La violencia física combinada con el trauma emocional puede resultar en sentimientos de frustración, deterioro motivacional, incluida la pasividad, y la baja autoestima puede llevar a la depresión. (44)

Categorización de la Violencia de pareja Intima para este estudio

La violencia íntima de pareja se clasificará en violencia íntima de pareja Total, violencia física, violencia psicológica y Violencia sexual: Todas las variables fueron dicotomizadas. Si la participante contestó positivamente alguna de las preguntas sobre los tipos de violencia ejercida por la pareja en algún momento de su relación, indicará presencia de violencia íntima de pareja en su dimensión correspondiente. (Anexo 03)

Depresión Mayor

La salud mental es un problema de salud público muy relevante, se estima que en los países de bajos y medianos ingresos solamente el 13.7% de personas que padecen de depresión tiene acceso a servicios de salud. (45) En Perú los trastornos que afectan a la salud mental aumentaron en casi un 20% en 2022 con

respecto a 2021, En tanto, durante el primer trimestre del 2023 suman alrededor de 434 731 casos atendidos de depresión mayor. (46)

Desde una perspectiva de medicina de precisión, los trastornos de salud mental y su tratamiento no deberían considerarse en términos de un síndrome, sino que en cambio deberían ser desglosadas en síntomas específicos, genes y factores relacionados, y sobre esta base determinar los métodos de tratamiento(47). Esto es especialmente relevante para los trastornos depresivos dada la variabilidad de síntomas que son comunes entre individuos y la efectividad diferencial de las estrategias de tratamiento. (48)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) y el CIE-10, la depresión se caracteriza por la presencia diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas durante un período continuo de al menos dos semanas. (49). Por lo menos uno de los síntomas debe ser tener estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer por actividades que antes eran gratificantes. Estos síntomas adicionales consisten en una pérdida significativa o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inapropiada, capacidades cognitivas disminuidas (por ejemplo, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones) y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida recurrente. Aunque no forman parte de los criterios diagnósticos, no es raro que estén presentes síntomas auxiliares, como sentimientos de desamparo, desesperanza, retraimiento social, baja autoestima y autoeficacia, altos niveles de rumiación y atención/memoria perturbada. (50).

Depresión y características sociodemográficas

La depresión en mujeres está influenciada por una variedad de factores sociodemográficos. Estudios sugieren que factores como el nivel socioeconómico, el estado civil, la educación y la edad pueden desempeñar un papel significativo en la prevalencia y gravedad de la depresión (44). Por ejemplo, se ha observado una mayor incidencia de depresión en mujeres de bajos ingresos, así como en aquellas que experimentan situaciones de estrés crónico, como el desempleo o la violencia de género (7).

Con respecto a la edad también desempeña un papel en la depresión en mujeres. Se ha observado que las mujeres más jóvenes, especialmente durante la adolescencia y la adultez temprana, pueden enfrentar desafíos únicos relacionados con la identidad, las relaciones interpersonales y las presiones académicas o laborales, lo que aumenta el riesgo de depresión (8). Sin embargo, las mujeres mayores también pueden experimentar depresión debido a factores como la salud física deteriorada, la pérdida de seres queridos y la soledad. (51). Los trastornos depresivos son comunes entre las personas de edad avanzada, afectando a casi la mitad de los residentes de hogares de cuidado, siendo los antidepresivos los medicamentos más recetados en esta población. Las mujeres también tienen una mayor prevalencia de depresión en comparación con los hombres, con dos o tres veces más probabilidades de experimentarla. (52)

En cuanto al nivel socioeconómico: Existe una asociación entre el nivel socioeconómico y la depresión en mujeres. Las mujeres de bajos ingresos pueden enfrentar desafíos adicionales relacionados con el acceso a recursos y servicios de salud mental, así como a condiciones de vida estresantes, como la

inseguridad laboral o la falta de vivienda, inseguridad alimenticia que pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos y depresión. (53)

El estado civil también está vinculado a la depresión en mujeres. Aquellas que están solteras, divorciadas o viudas pueden experimentar un mayor riesgo de depresión debido a la falta de apoyo emocional y social que a menudo se asocia con el matrimonio o la convivencia. (51)

Del mismo modo el nivel educativo puede influir en la depresión en mujeres de varias maneras. Aquellas con menor nivel educativo pueden tener menos acceso a información sobre salud mental y pueden enfrentar barreras adicionales para buscar tratamiento. Además, la educación puede estar relacionada con oportunidades laborales y sociales, lo que a su vez puede afectar el bienestar emocional. (54)

Con respecto a la gestación y depresión se han evidenciado factores hormonales e inflamatorios propios y característicos del embarazo que estarían implicados en una susceptibilidad a sufrir síntomas depresivos sin embargo estos estudios sobre depresión en el embarazo son difíciles de interpretar, ya que el sistema inmunológico y las citocinas en el embarazo varían a lo largo del curso del embarazo. Un estudio de cohorte realizado en 128 mujeres hispanas de Estados Unidos donde se midieron las distintas citocinas durante el embarazo La frecuencia de puntuaciones EPDS de 10 (riesgo de depresión) o más fue del 18,6 % en el momento de la inscripción. La citocina inflamatoria TNF- α fue significativamente más alta a lo largo del embarazo en mujeres con riesgo de depresión ($p < 0.03$). Otras citocinas inflamatorias fueron más altas en mujeres con depresión, pero solo en un momento en la mitad del embarazo. La TNF alfa

fue más alta en las mujeres deprimidas y la IL-10 fue más baja, mientras que las IL-2, IL-12 y IL-17 fueron más altas a mitad del embarazo (55)

Depresión y antecedentes patológicos de riesgo

Con respecto a hipertensión arterial los resultados son variados, se ha evidenciado una relación bidireccional habiendo mayor evidencia en estudios que encontraron una asociación significativa en adultos con depresión e hipertensión arterial (OR 1.69; IC 1.23-1.94; $p < 0.05$)(56). Además, las alteraciones fisiológicas y los cambios en los niveles de neurotransmisores implicados en la regulación del estado de ánimo pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos en individuos hipertensos. Por otro lado, se ha demostrado que la depresión puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial, posiblemente debido a comportamientos poco saludables como la falta de actividad física, una dieta deficiente y el consumo de alcohol o tabaco, así como a la activación de sistemas fisiológicos de estrés que pueden contribuir a la elevación de la presión arterial. (57)

En cuanto a diabetes mellitus y depresión también existe una relación bidireccional la relación entre la depresión y la diabetes sugiere que existen complejas interacciones entre el sistema nervioso central y el sistema endocrino que pueden influir en el desarrollo y la progresión de ambas condiciones. (51) En este contexto, se postula que el estrés crónico, un componente central en la fisiopatología de la depresión, puede desencadenar una respuesta del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), que involucra la liberación de hormonas como el cortisol. El aumento prolongado de los niveles de cortisol puede contribuir a la resistencia a la insulina y al desarrollo de diabetes tipo 2. Además, se ha

observado que la depresión se asocia con la activación del sistema nervioso simpático y la liberación de hormonas de estrés, como la adrenalina, que pueden aumentar la glucosa en sangre y promover la resistencia a la insulina. A su vez, la diabetes puede desencadenar cambios neuroquímicos y estructurales en el cerebro que pueden predisponer a la depresión. Estos incluyen la inflamación sistémica, la disfunción mitocondrial y la alteración en la señalización de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, todos los cuales están implicados en la regulación del estado de ánimo.(58)

Distintos estudios, han asociado a la obesidad con deterioros cognitivos que pueden empeorar la disfunción emocional y del estado de ánimo. Tanto las personas con obesidad como los modelos animales de obesidad muestran un rendimiento menor en diversas pruebas cognitivas, y estos déficits se agravan en presencia de trastornos depresivos comórbidos. Otro grave efecto de los trastornos del estado de ánimo es la disminución de la actividad física voluntaria y espontánea, lo que también puede llevar a la obesidad y a enfermedades cardiovasculares, empeorando así las condiciones de salud mental. La disfunción metabólica y vascular que se produce, como la inflamación, la resistencia a la insulina y a la leptina, y la hipertensión, se ha identificado como un riesgo significativo para el desarrollo de la depresión y la ansiedad. Los avances recientes en la investigación están demostrando la importante influencia de estos diversos efectos de la obesidad y su impacto en el sistema neuroinmune y en los circuitos neuronales que regulan el estado de ánimo y las emociones. Un estilo de vida sedentario es un factor significativo en la patología vascular y la inflamación, lo que reduce el flujo sanguíneo cerebral, la absorción de nutrientes y la

proliferación celular, promoviendo la neuroinflamación junto con la disfunción cognitiva y del estado de ánimo. (59)

Se ha evidenciado que las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden tener una influencia significativa en la salud mental de las personas, incluida la depresión. Las ITS pueden generar estrés emocional, ansiedad y sentimientos de vergüenza o culpa en quienes las padecen. La estigmatización social asociada con estas infecciones también puede afectar la autoestima y la salud psicológica. (60) Además, las ITS pueden tener consecuencias físicas graves, como dolor crónico, discapacidad e incluso aumento del riesgo de enfermedades crónicas, lo que puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos. Además, el impacto en las relaciones interpersonales y la intimidad sexual debido al diagnóstico y manejo de una ITS puede desencadenar o exacerbar la depresión en algunas personas. (11)

Instrumento Cuestionario de Salud del Paciente PHQ-9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - 9)

La variable dependiente del análisis fue la presencia de síntomas depresivos durante los 14 días anteriores a la encuesta medida mediante el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9).

El PHQ-9 es un instrumento de detección de la depresión que ha sido utilizado y validado en múltiples países (18), este instrumento también ha sido validado en Perú, basándose en características sociodemográficas de la población peruana (61) (62), por lo que lo hace un instrumento confiable a utilizar con la ENDES.

El PHQ-9 consta de nueve preguntas que evalúan la presencia de síntomas depresivos. Las respuestas se miden en una escala que va desde 0 (nada en

absoluto) hasta 3 (casi todos los días), lo que da como resultado una puntuación total de 0 a 27 puntos. Este puntaje caracteriza el trastorno depresivo en cinco categorías: ninguna (0-4 puntos), síntomas depresivos leve (5-9 puntos), moderado (10-14 puntos), moderadamente severo (15-19 puntos) y severo (20-27 puntos). (18)

Sin embargo, para este estudio se utilizará un punto de corte de un puntaje de PHQ9 ≥ 10 puntos, este punto de corte ha sido validado (63) del mismo modo aumenta la sensibilidad 88% y especificidad en un 85% respectivamente para el diagnóstico de depresión mayor(18,19), aquellas participantes en esas categoría fueron consideradas en tener síntomas comparables con depresión (9).

En este trabajo se utilizaron las preguntas del módulo de salud individual de la mujer, cabe resaltar que las preguntas adaptadas del PHQ-9 en la ENDES también han sido validadas como herramientas de diagnóstico rápido (ANEXO N°2) (61) (62)

1.3. Definición de términos básicos:

- **Violencia de pareja íntima:**

La violencia de pareja íntima comprende la violencia física, sexual, el acoso y la agresión psicológica perpetrados por una pareja íntima actual o anterior. Las parejas íntimas pueden incluir a individuos casados, parejas de hecho, novios, novias, compañeros sentimentales o parejas sexuales, tanto actuales como anteriores.
(64)

- **Violencia física de pareja:**

Variedad de acciones agresivas, como golpes, bofetadas, patadas, puñetazos, fracturas óseas, tirones de cabello, empujones, torsiones de brazos, golpear contra objetos, estrangulación, asfixia, palizas y quemadura contra la pareja íntima. Las tácticas pueden incluir privar a la víctima de alimentos o sueño, amenazarla o causarle heridas, a menudo utilizando armas como pistolas o cuchillos. (65)

- **Violencia sexual de pareja:**

Cualquier acto sexual no deseado o coercitivo dentro de una relación de pareja, donde una persona utiliza la fuerza, la intimidación, la presión o el control para obtener comportamientos sexuales de la otra persona sin su consentimiento (65)

- **Violencia psicológica de pareja:**

Comportamientos y acciones que causan daño emocional, degradación, intimidación o control sobre la pareja. Este tipo de violencia puede manifestarse a través de insultos, humillaciones, amenazas, manipulación emocional, control excesivo, aislamiento social, chantaje, entre otros comportamientos que afectan negativamente la salud mental y el bienestar emocional de la pareja afectada. (69)

- **Depresión:**

Trastorno de salud mental caracterizado por un conjunto de síntomas en los que se caracteriza un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer por actividades que antes eran

gratificantes, en un periodo continuo de por lo menos 2 semanas.

(50)

- **Gestación:**

El periodo en el que las mamíferas albergan a sus crías en desarrollo (ya sea embrión o feto) en su útero, desde la fecundación hasta el momento del parto.(66)

- **infección de Transmisión Sexual:**

Infecciones transmitidas o contraídas a través de relaciones sexuales.(67)

CAPÍTULO II: HIPOTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de hipótesis

H1: La violencia de pareja intima se encuentra relacionada a los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana

H0: La violencia de pareja intima no se encuentra relacionada a síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana

2.2 Variables y su operacionalización

Variable dependiente

Síntomas depresivos relevantes.

Variables independientes

- Violencia total de pareja intima
- Violencia psicológica de pareja intima
- Violencia física de pareja intima
- Violencia sexual de pareja intima
- Edad
- Estado civil
- Índice de riqueza
- Procedencia
- Nivel educativo (MEF/pareja)
- Índice de Masa Corporal
- Consumo de alcohol (MEF/Pareja)
- Situación laboral (MEF/pareja)

- Autoidentificación étnica
- Hipertensión Arterial
- DM tipo 2
- Infección de transmisión sexual.
- Gestante

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN Conceptual de las variables	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	categoria	Valor de categoria	Medio de verificación
Variable Dependiente							
Síntomas depresivos	Serie de manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas que identifican a la persona con depresión (Decs-BIREME)	Cualitativa	Escala del instrumento PHQ-9	Nominal	0-4: sin síntomas / síntomas mínimos 5-9: síntomas leves. 10-14: síntomas moderados. 15-19: síntomas moderadamente severos 20-27: síntomas severos.	0-9: síntomas depresivos no relevantes 10-27: Síntomas depresivos relevantes	Microdatos ENDES Preguntas de instrumento PHQ-9: adaptado por el ENDES - Modulo salud

Variables Independientes							
Violencia Física de pareja intima	Cualquier forma de agresión física, daño o lesión infligida deliberadamente por uno de los miembros de la pareja hacia el otro. Esto puede incluir golpes, empujones, patadas, estrangulamiento, uso de armas u objetos para causar daño físico, entre otros actos violentos.	Cualitativa	<p>Presencia de Violencia domestica física en algún punto de su relación</p> <p>La participante ha sufrido alguna de los siguientes empujones, sacudidas, lanzamiento de objetos, bofetadas o torsión de brazos, golpes con un puño o algún objeto, patadas o arrastrar, estrangulamiento o quemaduras, amenazas con cuchillos o una pistola.</p>	Nominal	<p>Presencia de violencia física de pareja</p> <p>Ausencia de violencia física de pareja</p>	-Sí -No	Microdatos ENDES
Violencia psicológica de pareja intima	Conductas verbales abusivas como insultos, gritos, humillaciones y amenazas, destinadas a menoscabar la autoestima y el bienestar emocional del afectado.	Cualitativa	<p>Presencia de violencia psicológica de pareja intima en algún punto de su relación</p> <p>Sí indica que la mujer ha vivido/experimentado al menos una de las siguientes situaciones por parte de su pareja:</p>	Nominal	<p>Presencia de violencia psicológica de pareja</p> <p>Ausencia de violencia psicológica</p>	-Sí -No	Microdatos ENDES

			se le dicen o se hacen cosas para humillarla frente a otras personas, amenazas de hacerle daño a ella o a alguien cercano, el compañero amenaza con abandonar la casa y llevarse a los hijos.				
Violencia sexual de pareja íntima	La violencia sexual de pareja abarca cualquier actividad sexual no deseada o coercitiva en una relación de pareja, donde una persona emplea fuerza, intimidación, presión o control para obtener comportamientos sexuales sin el consentimiento de la otra.	Cualitativa	Presencia de Violencia sexual de pareja íntima en algún punto de su relación Sí indica que la mujer ha vivido/experimentado al menos una de las siguientes situaciones por parte de su <u>pareja</u> : forzarla a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales sin su consentimiento	Nominal	Presencia de violencia sexual Ausencia de violencia sexual	-Sí -No	Microdatos ENDES
Violencia Total de pareja íntima	Cualquier forma de comportamiento abusivo o coercitivo	Cualitativa	Vivió cualquiera de las manifestaciones de la VPI	Nominal	Presencia de violencia sexual,	-Sí -No	Microdatos ENDES

	que ocurre entre dos personas que están o han estado en una relación íntima, ya sea heterosexual, homosexual, matrimonial, de convivencia, de noviazgo, entre otros. Este tipo de violencia puede manifestarse de diversas formas, incluyendo violencia física, emocional, psicológica, sexual, económica o patrimonial				física o psicológica por parte de su pareja		
Edad	Edad cronológica en años cumplidos al momento del nacimiento	Cuantitativa	Años cumplidos	Nominal	Adolescente Adulto joven Adulto	15-18 19-30 31-49	Microdatos ENDES
Nivel Educativo	El nivel educativo más alto aprobado de la mujer (ENDES)	Cualitativa	Nivel educativo Respondió la siguiente pregunta ¿Cuál fue el año o grado de estudios ms alto que aprobó?	Nominal	No educación formal Primaria Secundaria Superior	No educación formal Primaria Secundaria Superior	Microdatos ENDES

Departamento de Procedencia	Departamentos con áreas geográficas selva del Perú según el INEI	Cualitativa	Departamento de la que procede el participante	Nominal	Amazonas Loreto Madre de Dios San Martín Ucayali Pasco Junín Huánuco Puno Cusco Cajamarca	Amazonas Loreto Madre de Dios San Martín Ucayali Pasco Junín Huánuco Puno Cusco Cajamarca	Microdatos ENDES
Nivel Educativo pareja	Nivel educativo más alto aprobado por la pareja (ENDES)	Cualitativa	Respondió la siguiente pregunta ¿Cuál fue el año o grado de estudios ms alto que aprobó?	Nominal	No educación formal Primaria Secundaria Superior	No educación formal Primaria Secundaria Superior	Microdatos ENDES
Estado civil	Estado legal de una persona en relación con su vínculo matrimonial, que puede incluir categorías como soltero, casado, divorciado, viudo,	Cualitativa	Estado civil	Nominal	-No viven juntos Conviviente -Casado	-No viven juntos -Conviviente -Casado -Viudo	Microdatos ENDES

	entre otras. (DeSC-BIREME).				-Viudo -Divorciado -Separado	-Divorciado -Separado	
Autoidentificación Étnica	Etnia con la que se identifica la participante según la ENDES (ENDES)	Cualitativa	Etnia con la que se identifica la víctima de violencia según la ENDES	Nominal	Mestizo	Mestizo	Microdatos ENDES
					Blanco	Blanco	
					Nativo/Indígena	Quechua/Kichua/Aymara Asháninka Awajún/Aguaruna Shipibo/Conibo Shawi/Chayahuita Matsigenka/Machiguenga Achuar	

					Afrodescendiente	Negro/moreno/zambo/mulato/pueblo afroperuano afrodescendiente	
Índice de Masa Corporal	indicador de la densidad del cuerpo, calculado a partir: peso (kg/altura al cuadrado (m ²)) (DeSC-BIREME).	Cualitativa	IMC	Nominal	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	<18.5 18.5-24.9 25-29.9 ≥ 30	Microdatos ENDES
Nivel de riqueza	Situación financiera de la persona en base a quintiles (ENDES)	Cualitativa	Evaluación del nivel económico familiar mediante quintiles, obtenida y calculada por la ENDES.	Nominal	Muy pobre Pobre Media Rico Muy rico	Muy pobre Pobre Media Rico Muy rico	Microdatos ENDES

Situación laboral	Estado actual de una persona en relación con el trabajo y el empleo	Cualitativa	Situación laboral en los últimos 7 días	Nominal	Trabaja Desempleada	Trabaja -Desempleada	Microdatos ENDES
Hipertensión arterial	Detección de una presión arterial sistólica media igual o superior a 140 mmHg o una presión arterial diastólica media superior a 90 mmHg, (JNC 7).	Cualitativa	PAS \geq 140 mmHg O PAD \geq 90 mmHg) En más de dos lecturas	Nominal	Sí No	- PAS \geq 140 mmHg O PAD \geq 90 mmHg)	Microdatos ENDES
Diabetes Mellitus tipo 2	Conjunto variado de trastornos marcados por niveles elevados de glucosa en sangre e intolerancia a la glucosa. (DeCs)	Cualitativa	Evaluado mediante la pregunta que indaga si alguna vez un médico le diagnosticó diabetes o le informaron que tenía niveles elevados de "azúcar".	Nominal	Sí No	Sí No	Microdatos ENDES
Infección de transmisión sexual.	Diagnóstico de Infección causada por microorganismos, como bacterias, virus o parásitos, que se	Cualitativa	En los últimos 12 meses, ¿te han diagnosticado alguna infección de transmisión sexual?";	Nominal	Respondió sí Respondió	Presente ITS No presenta ITS	Microdatos ENDES

	transmiten de una persona a otra principalmente a través de contacto sexual (DeSC-BIREME).		"Durante los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna llaga o úlcera en tus genitales?"; y "Durante los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna secreción genital con mal olor?"		No		
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol en más de dos oportunidades en el último mes (ENDES)	Cualitativa	Consumo de alcohol en más de dos oportunidades en el último mes (ENDES)	Nominal	Sí No	Sí No	Microdatos ENDES
Gestante	Mujer embarazada o en estado de gestación (ENDES)	Cualitativa	Respondió afirmativamente la siguiente pregunta ¿Está usted actualmente embarazada?	Nominal	Sí No	Si No	Microdatos ENDES

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico:

Tipo de investigación: Se realizó un estudio cuantitativo de los microdatos de las bases de datos pertenecientes a la Encuesta Demográfica y de Salud familiar peruana “ENDES” correspondientes a los años 2017-2022.

Diseño:

- Observacional: No hubo intervención del investigador con las variables en estudio.
- Transversal: Se realizó una sola medición de todas las variables en estudio.

Retrospectivo: Las bases de datos fueron tomadas del 2017-2022

- Analítico-Relacional: Se realizó el análisis estadístico para determinar la relación causal entre la violencia de pareja íntima y los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Posteriormente se utilizó un modelo de regresión logística para poder determinar causalidad entre las variables

3.2. Diseño muestral:

3.2.1. Población de estudio:

La ENDES incluye 12 departamentos que tienen áreas geográficas pertenecientes a la región de la Selva. Entre los departamentos cuya característica geográfica es predominantemente de selva se encuentran Loreto, Ucayali, Amazonas, Madre de

Dios y San Martín. Los demás departamentos, aunque poseen áreas predominantemente de sierra, también cuentan con extensiones geográficas de selva y población habitando esas áreas, como en el caso de Pasco, Puno, Cajamarca, Junín, Huánuco, Cusco y Ayacucho. La población de mujeres en edad fértil de 15-49 años en estos departamentos fue de 2,382,046, según el censo nacional 2017. (68)

Población femenina en edad fértil de 15-49 años, en los departamentos región selva - Censo Nacional 2017		
Departamentos con área geográfica predominantemente selva	Departamentos	Población de mujeres en edad fértil de 15-49 años
	Amazonas	93,152
	Loreto	210,791
	Madre de Dios	37,804
	San Martín	204,825
	Ucayali	124,652
Departamentos que poseen área geográfica selva con predominancia sierra	Ayacucho	157,470
	Cajamarca	343,193
	Cusco	320,453
	Huánuco	175,340
	Junín	332,823
	Pasco	67,083
	Puno	314,460
	Total	2,382,046

3.2.2 Muestra

Para identificar el número específico de mujeres en edad fértil encuestadas por la ENDES que pertenecen a las áreas geográficas de la Selva en estos departamentos se usaron los microdatos de la ENDES 2017 a 2022

Mujeres en edad fértil pertenecientes a la región selva que contestaron el cuestionario individual de la mujer (Acumulo de la ENDES 2017-2022*)								
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Departamentos con área geográfica predominantemente selva	Amazonas	909	1016	1000	996	1158	1119	6198
	Loreto	1450	1581	1612	1572	1640	1696	9551
	Madre de Dios	1141	1188	1237	1239	1352	1261	7418
	San	1362	1454	1407	1395	1359	1470	8447

	Martín							
	Ucayali	1433	1624	1550	1542	1560	1544	9253
Departamentos que poseen área geográfica selva con predominancia sierra **	Ayacucho	120	149	147	162	147	121	846
	Cajamarca	323	351	331	380	375	376	2136
	Cusco	151	187	211	220	215	201	1185
	Huánuco	634	739	680	735	670	703	4161
	Junín	365	320	331	347	433	392	2188
	Pasco	399	306	329	329	445	470	2278
	Puno	21	40	34	38	26	28	187
	Total	8308	8955	8869	8955	9380	9381	53,848

*Datos obtenidos tras el uso de los microdatos ENDES 2017-2022

**Con respecto a los departamentos que poseen área geográfica selva con predominancia sierra solo se consideraron a las mujeres en edad fértil pertenecientes al área geográfica selva

Se identificó una sumatoria total de 53,848 mujeres en edad fértil pertenecientes a la región de la selva durante el período que abarca los años 2017 a 2022, es importante recalcar que para los departamentos que poseen área geográfica selva con predominancia sierra solo se consideraron a las mujeres en edad fértil pertenecientes al área geográfica selva

Del mismo modo usando los microdatos se seleccionó un aproximado de 20,489 mujeres en edad fértil procedentes de las áreas rurales de la región selva pertenecientes a los años 2017 a 2022.

Mujeres en edad fértil pertenecientes a la región selva que contestaron el cuestionario individual de la mujer según la zona de procedencia ENDES 2017-2022*			
	Urbano	Rural	Total
2017	5,349	2,959	8308
2018	5,611	3,344	8955
2019	5,581	3,288	8869
2020	5,448	3,507	8955
2021	5,690	3,690	9380
2022	5,680	3,701	9381
Total	33,559	20,489	53,848

*Datos obtenidos tras el uso de los microdatos ENDES 2017-2022

Muestra final por año de mujeres en edad fértil 15-49 años pertenecientes a las áreas rurales de la selva peruana que cumplieron con los criterios de inclusión	
Año	Mujeres
2017	1207
2018	1211
2019	1213
2020	1023
2021	1265
2022	1229
Total	7148

Se identificó 7148 mujeres pertenecientes a áreas rurales de la selva peruana que cumplieron con los criterios de inclusión, ser mujeres de 15-49 años, haber llenado el cuestionario individual de la mujeres, ser seleccionada para el cuestionario de violencia y haber llenado el cuestionario de salud

3.2.3 Criterios de selección:

3.2.3.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años
- Mujeres pertenecientes a áreas rurales de la región Selva
- Mujer seleccionada y entrevistada en el cuestionario individual de la mujer, haber sido seleccionada para el cuestionario de violencia doméstica y el cuestionario de salud

3.2.3.2. Criterios de exclusión:

- Datos incompletos y vacíos en las variables principales del cuestionario

3.2.4 Unidad de análisis

Mujeres de 15-49 años de viviendas particulares de áreas rurales de la selva peruana.

3.2.5. Tipo de muestreo y procedimiento de selección de muestra

La ENDES emplea un método de muestreo de dos etapas, probabilístico y equilibrado, estratificado e independiente, tanto en áreas urbanas como rurales de cada región del Perú. Tiene representatividad a nivel Nacional, departamental, geográfico, y área rural y urbana. (5) El enfoque de muestreo, también conocido como "método del cubo", permite obtener muestras que representan con precisión las características de la población bajo estudio. (Anexo N°5)

3.3. Procedimiento y recolección de datos:

- Este estudio utilizó los microdatos recogidos por el INEI mediante el ENDES periodos 2017-2022
- La ENDES utiliza la entrevista directa estructurada presencial, en las viviendas elegidas, realizada por personal capacitado por el INEI. En la ENDES 2020, que dada a la coyuntura nacional por la COVID 19 parte de las entrevistas realizadas en 2020 fueron telefónicas. (69)
- Se descargaron los distintos microdatos pertenecientes a los módulos de la ENDES para posteriormente armar una base de datos donde los microdatos fueron ordenados, recategorizados e importados a una hoja Excel donde se registró de una base de datos por año.
- Posteriormente se volvieron a unir las bases de datos por año para proceder a realizar el análisis estadístico, se unieron las bases de datos tomando en cuenta las variables de unión o "llaves" características de las distintas bases de datos (CASEID, el cual se compone mediante la

combinación del identificador único del hogar (HHID) y el número de orden del individuo en el hogar (QSNUMERO, HA0 o HVIDX según la BD)). (70)

3.3.3. Instrumento de recolección de datos:

Se utilizaron tres cuestionarios de la ENDES: **a) Cuestionario del hogar** : (respondida por el responsable del hogar y detalla las características generales de la vivienda, así como algunas medidas antropométricas de los integrantes del hogar

b) Cuestionario individual / e individual de la mujer: (en el que se recopila información relacionada con las características sociodemográficas y económicas de las mujeres, la fertilidad, el parto, la VPI en mujeres de 12 a 49 años (a partir de la ENDES 2019) (71) y las características de los niños menores de cinco años)

c) Cuestionario de salud: (información sobre las características sociodemográficas y de salud de las personas mayores de 15 años en el que se incluye el cuestionario de salud mental- preguntas del PHQ-9 / Síntomas de depresión en los últimos 14 días, diagnóstico de Hipertensión arterial, antecedente de DM2)

Los instrumentos de recolección

- a. Instrumento -(PHQ-9):** cuestionario de salud, apartado de salud mental, preguntas que abarcan síntomas depresivos en los últimos 14 días, preguntas del instrumento PHQ-9 (Anexo 02)

- b. Cuestionario individual de la mujer- Módulo Violencia Doméstica /Familiar:** Presencia de Violencia íntima de pareja:
(Anexo 03)

- c. Cuestionario individual de la mujer, cuestionario salud, cuestionario del Hogar:** Recolección de variables sociodemográficas y antecedentes de riesgo

3.4. Procesamiento y análisis de datos:

Para el manejo de microdatos y fusión de bases se utilizó el paquete estadístico R Studio versión 2023.12.1 (the R Foundation for Statistical Computing), posteriormente, se exportó una base de datos por año con las variables a utilizar, finalmente todas las bases categorizadas por año fueron unidas en una base de datos final y exportadas en formato xlsx. (Excel Microsoft 360).

Para la limpieza, recodificación, recategorización y análisis de datos se utilizó paquete estadísticos Stata v.14.2 (StataCorp IP, College Station, TX, USA).

3.4.1. Estadística descriptiva:

Se tuvo en cuenta el diseño muestral de la ENDES, se incluyeron los pesos de estratos, conglomerados, el factor de ponderación y el diseño, utilizando el comando 'svy' para muestras complejas del paquete estadístico Stata. La estadística descriptiva incluyó las frecuencias absolutas y las proporciones ponderadas con sus intervalos de confianza al 95%.

3.4.2. Estadística Analítica:

"Se realizó un análisis bivariado para examinar la relación entre las variables de violencia de pareja y sus subtipos con la variable dependiente síntomas

depresivos relevantes. Además, se evaluaron otras variables identificadas en la literatura como potencialmente relacionadas con depresión y síntomas depresivos relevantes. Este análisis bivariado se llevó a cabo utilizando la prueba de Chi-cuadrado.

Para el análisis multivariado se emplearon los subtipos de violencia de pareja y los síntomas depresivos relevantes, se usó un modelo de regresión logística binaria para estimar la fuerza de asociación entre cada uno de los tipos violencia de pareja íntima y los síntomas depresivos relevantes. Para esto se utilizó la razón de momios ajustada con su intervalo de confianza al 95% se considerará estadísticamente significativo si el intervalo de confianza no incluye la unidad. Por otro lado, aquellas variables cuyo valor “p” fue “ $p < 0.20$ ” en el en el modelo de regresión logístico binario se incluyeron en el modelo de regresión logística ajustado, para esto se utilizó de guía estudios que incluyeron modelos de regresión trabajando con la ENDES (7)

3.5. Aspectos éticos:

El presente estudio contó con el uso de la base datos de la “ENDES” de los años 2017-2022. Al emplear base de datos secundarias no presenta mayor riesgo para la población. La ENDES respeta la confidencialidad de los participantes, no se entrará en contacto con los mismos y no se tiene acceso a información personal o de ubicación los encuestados. INEI se rige a la política de protección de datos de los participantes de sus encuestas las cuales se basan en el artículo 97, parte del capítulo IV sobre el secreto estadístico y la confidencialidad de la información en el Decreto Supremo 043-2001-PCM (56) el cual establece que la información proporcionada a las fuentes es confidencial y no puede revelarse de manera individual, incluso si

hay órdenes administrativas o judiciales. Solo se puede divulgar o publicar de manera anónima. Además, la información no puede utilizarse con fines tributarios o policiales.

El protocolo del presente estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Nacional de la Amazonia peruana.

Las bases de datos de la ENDES son libres y de acceso público en: (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos>).

CAPITULO: IV RESULTADOS

Tabla 1 Muestra final por año de mujeres de 15-49 años pertenecientes a las áreas rurales de la selva peruana

Año	Nº	%
2017	1101	16.79
2018	1127	17.19
2019	1119	17.06
2020	930	14.18
2021	1160	17.69
2022	1121	17.09
Total	6558	100

Aplicándose los criterios de inclusión y exclusión en total se obtuvo una muestra final de 6558 mujeres de 15 -49 años que fueron seleccionadas para la entrevista individual de la mujer, que llenaron la encuesta violencia doméstica y del mismo modo completaron la encuesta de salud sobre todo en las variables de importancia, en los últimos 6 años de la ENDES periodo de 2017-2022, el cual viene a ser un 91.7% de la muestra obtenida. Se puede apreciar que en el año 2020 hubo una menor proporción de entrevistadas seleccionadas con respecto al resto años, debido a que por la pandemia por la COVID -19, se tuvieron que omitir algunas variables en los participantes que tuvieron la entrevista de manera no directa. En cuanto al año donde se obtuvo una mayor proporción de participantes fue el año 2021 con un total de 1167 participantes, el cual obtuvo el 17.69% de la muestra total, mientras que en segundo lugar con mayor muestra de participantes pertenecieron al 2018 (Tabla 1)

Tabla 2 Características sociodemográficas de las mujeres de 15-49 años de las áreas -rurales de la selva peruana 2017-2022.

Características sociodemográficas		N°	%*
Edad	15-25	1783	23.61%
	26-35	2786	40.02%
	36-44	1527	25.90%
	45-49	462	10.47%
Región de Procedencia	Amazonas	1186	10.54%
	Ayacucho	125	1.43%
	Cajamarca	512	7.81%
	Cusco	254	6.06%
	Huánuco	426	5.53%
	Junín	422	11.07%
	Loreto	827	18.36%
	Madre de Dios	725	2.18%
	Pasco	478	2.57%
	Puno	69	1.45%
	San Martín	897	17.43%
Ucayali	697	6.71%	
Nivel educativo	Sin educación	234	3.92%
	Primaria	2837	47.29%
	Secundaria	2920	41.02%
	Estudios superiores	567	7.77%
Estado civil actual	No viven juntos	680	11.62%
	Casada	999	16.47%
	Conviviente	4802	70.35%
	Viuda/Divorciada	77	1.56%
Autoidentificación Étnica	Aymara/Quechua	1301	18.88%
	Indígena amazónico	1091	13.28%
	Moreno/Afro/zambo	677	11.68%
	Blanco	416	7.23%
	Mestizo	2486	40.18%
	Otro/No sabe	587	8.75%
Situación laboral	No trabaja	2424	33.84%
	Trabaja	3644	66.16%
Índice de riqueza	Muy pobre	4885	76.22%
	Pobre	1412	20.43%
	Medio	199	2.49%
	Rico	53	0.76%
	Más rico	9	0.10%
Gestante	No gestante	6185	94.08%
	Gestante	373	5.92%
Nivel educativo de la pareja	Sin educación	109	1.64%
	Primaria	2299	42.73%
	Secundaria	2977	45.57%
	Estudios superiores	642	9.49%
	No sabe	41	0.57%
Situación laboral de la pareja	Trabaja	3947	60.37%
	No trabaja	2611	39.63%

*Ponderados tomando en cuenta el diseño muestral de la ENDES

En la **Tabla 2** se describen las características sociodemográficas de las MEF de 15-49 años pertenecientes a áreas rurales de la selva peruana. Se obtuvo que el 40.9% de participantes estaban entre los 26 y 35 años, en cuanto a la proporción ponderada de la región de proveniencia se halló Loreto y San Martín tenían una mayor proporción de participantes con un 18.36% y un 17.43%. Con respecto al estado civil se encontró que hubo una mayor proporción de mujeres que convivientes con su pareja (70.35%), seguido de las mujeres casadas (16.47%). En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado el 47.29% llegó a nivel primaria, mientras que solamente un 3.92% refirió no haber recibido educación. En cuanto a la autoidentificación étnica el 18.33% refirió identificarse como Aymara y/o Quechua, mientras que un 13.28% de las mujeres se identificó como nativo /indígena amazónico, aunque la mayor proporción de participantes fue un 40.18% de mujeres que se identificaron como mestizas. Solamente el 5.92% de las participantes se encontraba gestando al momento de que se realizó la encuesta. El 66.16% refirió no encontrarse con empleo, mientras la mayor proporción de mujeres (76.22%) pertenecía un índice de riqueza muy pobre, con respecto a los datos de la pareja de la MEF, se encontró que el 45.57% había alcanzado como nivel educativo máximo la secundaria mientras que en segundo lugar con el 42.73% fue la primaria. Con respecto a la situación laboral de la pareja, el 60.37% de las parejas de las MEF, tenían algún tipo de trabajo. **(Tabla 2)**

Tabla 3 Antecedentes patológicos y de riesgo en mujeres de 15-49 años de las áreas rurales de la selva peruana 2017-2022

Antecedentes patológicos y de riesgo		N°	%*
Consumo de alcohol por pareja	Si	4295	64.83%
	No	2263	35.17%
IMC	Bajo peso	55	0.90%
	Peso normal	2479	37.87%
	Sobrepeso	2523	38.45%
	Obesidad	1501	22.78%
Hipertensión Arterial	Sí	192	4.15%
	No	6111	95.85%
Diabetes Mellitus	Sí	78	1.56%
	No	6480	98.44%
Consumo de Alcohol	Si	248	3.93%
	No	6310	96.07%
ITS	Si	482	7.28%
	No	6076	92.72%

**proporción ponderada tomando en cuenta el diseño muestral de la ENDES.*

En la **Tabla 3** se describen los antecedentes patológicos y de riesgo de las MEF y de la pareja. Se encontró que el 64.83% de las parejas ingerían bebidas alcohólicas con frecuencia. En cuanto al IMC de las mujeres se encontró que la mayoría de las mujeres tenían sobrepeso (38.45%), en segundo lugar, se encontraba las mujeres con peso normal (37.87%), en cuanto a hipertensión arterial, solamente un 4.15% de las mujeres tuvo hipertensión arterial, solo un 1.56% afirmó tener antecedente de diabetes mellitus, en cuanto al consumo de alcohol de la MEF solamente el 3.93% bebía alcohol. Con respecto a las ITS el 7.92%, afirmó haber tenido algún tipo de ITS en los últimos 12 meses, mientras que 92.72% negó haber padecido de alguna ITS. (**Tabla 3**)

Tabla 4 Violencia de pareja íntima en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana 2017-2022

Violencia de pareja íntima		N° 6558	%*
Violencia total de pareja íntima	Si	3440	53.76%
	No	3118	46.24%
Violencia física de pareja íntima	Si	1797	28.61%
	No	4761	71.39%
Violencia psicológica de pareja íntima	Si	3060	47.96%
	No	3498	52.04%
Violencia sexual de pareja íntima	Si	377	6.50%
	No	6181	93.50%

*proporción ponderada considerando el diseño muestral de la ENDES.

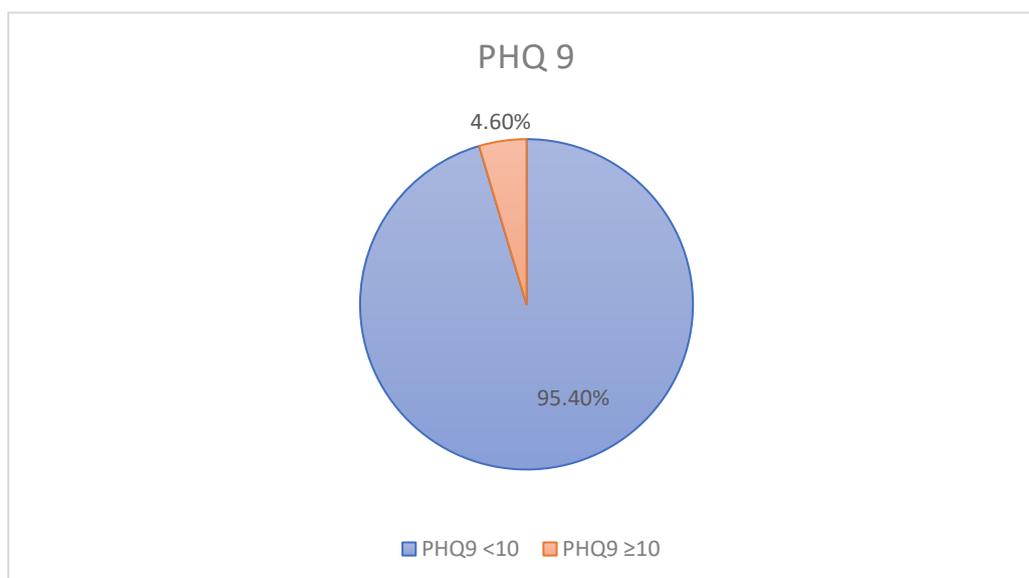
En la **Tabla 4** se detallan las frecuencias absolutas y ponderadas de la violencia de pareja íntima (VPI) y sus diferentes manifestaciones en mujeres de 15 a 49 años en áreas rurales de la selva peruana. Se observó que el 53.76% de la población experimentó algún tipo de violencia de pareja íntima. Respecto a la violencia física, el 28.61% de las mujeres han sido víctimas de esta forma de agresión. Se destaca que la violencia psicológica de pareja íntima presentó la mayor proporción de los tipos de violencia, ya que un 47.96% de la población reportó haberla experimentado. Por último, solo el 6.50% de las mujeres informaron haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja. (**Tabla 4**)

Tabla 5. Frecuencia de síntomas depresivos según PHQ en mujeres en de 15-49 años de las áreas rurales de la selva peruana. (2017-2022)

Síntomatología depresiva (PHQ9)		N°	%*
Síntomas depresivos No relevantes (PHQ<10)	Sin síntomas/síntomas mínimos	5260	79.43%
	Síntomatología Leve	1002	15.97%
Síntomas depresivos relevantes (PHQ≥10)	Síntomatología moderada	189	2.82%
	Síntomatología moderadamente severa	72	1.16%
	Síntomatología severa	35	0.62%

*Ponderados tomando en cuenta el diseño muestral de la ENDES

Gráfico 1. PHQ9 en mujeres en de 15-49años pertenecientes a áreas rurales de la selva peruana.



En la **tabla 5** se describe la prevalencia de síntomas depresivos en las MEF pertenecientes a áreas rurales de la selva peruana donde se describe que el 79.43% de pacientes no tuvo síntomas o tuvo síntomas mínimos, el 15.97% de las MEF tuvo síntomas depresivos leve, mientras que el 2.82% tuvo síntomas depresivos moderados, solamente un 1.16% y un 0.62% de las MEF tuvieron síntomas depresivos moderadamente severos y severos (**Tabla 5**)

En el presente estudio se utilizó el punto de corte de un puntaje de PHQ9 ≥ 10 para poder determinar síntomas depresivos relevantes, este punto de corte tiene una sensibilidad 88% y una especificidad del 85% para diagnosticar depresión.(18) (19) En la gráfico 1 se describe el 4.60% de las mujeres tenía un score de PHQ9 ≥ 10 , lo que quiere decir que tuvo síntomas depresivos relevantes. (Gráfico 1)

Tabla 6 Características sociodemográficas y síntomas depresivos en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana 2017-2022

Características sociodemográficas de las MEF	Síntomas depresivos relevantes		síntomas no relevantes		depresivos	Valor de p**
	PHQ9 (0-9)		PHQ9 (≥10)			
Edad	15-25	1725	96.80%	58	3.20%	p =0.004
	26-35	2661	96.07%	125	3.93%	
	36-44	1443	94.24%	84	5.76%	
	45-49	433	92.54%	29	7.46%	
Nivel educativo	Sin educación	226	97.43%	3	2.57%	p=0.161
	Primaria	2720	95.54%	79	4.46%	
	Secundaria	2770	94.72%	92	5.28%	
	Estudios superiores	546	97.13%	15	2.87%	
Estado civil actual	-No viven juntos	625	91.91%	55	8.09%	p<0.001
	-Casada +Conviviente	5568	96.01%	233	3.99%	
	-Viuda + Divorciada	69	89.61%	8	10.39%	
Etnia	Indígena	2275	94.38%	117	5.62%	p=0.542
	Moreno /afro	653	95.83%	24	4.17%	
	Blanco	399	94.60%	17	5.40%	
	Mestizo	2378	96.19%	108	3.81%	
	Otro/no sabe	557	95.62%	30	4.38%	
Situación laboral	No trabaja	2320	95.26%	104	4.74%	p=0.241
	Trabaja	3464	95.13%	180	4.87%	
Índice de riqueza	Muy pobre	4687	95.87%	198	4.13%	p=0.019
	Pobre	1325	93.50%	87	6.50%	
	Medio	190	96.92%	9	3.08%	
	Rico	51	93.77%	2	6.23%	
	Más rico	9	100	00	0.00%	
Nivel educativo Pareja	Sin educación	105	97.98%	4	2.02%	p=0.720
	Primaria	2197	95.02%	102	4.98%	
	Secundaria	2829	95.05%	148	4.95%	
	Estudios superiores	615	96.04%	27	3.96%	
Trabajo pareja	No trabaja	38	94.72%	3	5.28%	p<0.001
	Trabaja	3731	94.11%	216	5.89%	

*proporción ponderada considerando el diseño muestral de la ENDES

**valor "p " obtenido con prueba de chi-cuadrado

En la **tabla 6** se describe el análisis bivariado factores sociodemográficos y síntomas depresivos. Se encontró que el 7.46% de las mujeres entre 45-49 años tenía síntomas depresivos clínicamente relevantes, esta proporción fue mayor que el resto de los grupos etarios, por lo que existe una relación entre en el grupo etario y los síntomas depresivos relevantes (**p = 0.004**). Con respecto al nivel educativo se encontró que el 5.28% de las MEF con máximo nivel educativo secundaria tuvo síntomas depresivos relevantes esta proporción fue mayor que al resto, este hallazgo no fue estadísticamente significativo (**p=0.161**). Con respecto al estado civil se encontró que el 8.81% MEF con condición de divorciada, separada o viuda tuvieron síntomas depresivos clínicamente relevantes, a comparación de las MEF casadas /convivientes que solo el 3.99% tuvieron síntomas depresivos clínicamente relevantes, se encontró una asociación estadísticamente significativa (**p<0.001**). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la autoidentificación étnica y síntomas depresivos relevantes, sin embargo, el 5.62% de las MEF cuya etnia era indígena tuvieron síntomas depresivos relevantes, esta proporción fue mayor al resto de grupos étnicos (**p = 0.542**). No se encontró una relación entre la situación laboral de la MEF y los síntomas depresivos (**p=0.241**). Con respecto al índice de riqueza se encontró que un 6.50% de las mujeres tuvieron síntomas depresivos relevantes compatibles con depresión, esta proporción fue mayor al resto, este resultado fue estadísticamente significativo (**p=0.019**). Por último, se encontró que aquellas mujeres cuyas parejas tenían un trabajo, tenían una proporción mayor de síntomas depresivos (5.89%) frente a las que sus parejas no tenían trabajo (2.64%) este resultado fue estadísticamente significativo (**p<0.001**)

Tabla 7 Antecedentes patológicos y síntomas depresivos relevantes en mujeres de 15-49 años pertenecientes a las Áreas Rurales de la Selva Peruana 2017-2022.

Antecedentes de riesgo y patológicos en las MEF		Síntomas depresivos no relevantes		Síntomas depresivos relevantes		Valor p**
		PHQ9 (<10)		PHQ9(≥10)		
		N°	%*	N°	%*	
Consumo de Alcohol pareja	No	2186	96.60%	77	3.40%	p=0.002
	Sí	4076	94.90%	219	5.10%	
IMC	Bajo peso	53	95.78%	2	4.22%	p=0.234
	Peso normal	2381	96.02%	98	3.98%	
	Sobrepeso	2407	95.51%	116	4.49%	
	Obesidad	1421	94.16%	80	5.84%	
Hipertensión Arterial	No	5832	95.32%	279	4.68%	p=0.449
	Si	181	95.10%	11	4.90%	
DM2	No	6192	95.55%	288	4.45%	p=0.014
	Si	70	85.78%	8	14.22%	
Alcohol	No	6098	95.43%	282	4.57%	p=0.382
	Si	234	94.64%	14	5.36%	
ITS	No	5840	95.96%	236	4.04%	p <0.001
	Si	422	88.24%	60	11.76%	

* proporción ponderada considerando el diseño muestral de la ENDES

**valor "p" obtenido con prueba de chi-cuadrado

En la **tabla 7** se describe el análisis bivariado entre los antecedentes patológicos y de riesgo en las MEF. Se encontró que el 5.10% de aquellas MEF que tenían pareja que consumía alcohol, tenían una proporción mayor que las MEF cuyas parejas no consumían alcohol (3.40%), estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.002$), no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el IMC y síntomas depresivos relevantes ($p=0.234$). Con respecto a la hipertensión arterial, se encontró que las MEF con hipertensión arterial y síntomas depresivos relevantes, tenían una proporción ligeramente mayor (4.90%) que las que no tenían hipertensión, pero sí síntomas depresivos clínicamente relevantes, este resultado no fue estadísticamente significativo ($p=0.449$). Se encontró que la

proporción de mujeres con DM y síntomas depresivos clínicamente relevantes fue mayor que las mujeres sin DM con síntomas depresivos relevantes, este resultado fue estadísticamente significativo ($p=0.014$). Del mismo modo se encontró que la proporción de síntomas depresivos relevantes fue mayor en las mujeres que tuvieron algún tipo de ITS en los últimos 12 meses (11.76%) frente a las que no (4.04%), siendo estadísticamente significativo ($p < 0.001$)

Tabla 8 Violencia de Pareja Íntima y Síntomas Depresivos Relevantes en Mujeres de 15-49 años Pertenecientes a Áreas Rurales de la Amazonia Peruana

Violencia de pareja íntima		PHQ9 (<10)		PHQ9(≥10)		Valor p*
		N°	(%)**	N°	(%)**	
VPI total	No	3506	98.35%	62	1.65%	p < 0.001
	Si	3206	92.86%	234	7.14%	
VPI física	No	4623	97.04%	138	2.96%	p < 0.001
	Sí	1639	91.29%	158	8.71%	
VPI psicológica	No	3418	97.80%	80	2.20%	p < 0.001
	Si	2844	92.79%	216	7.21%	
VPI sexual	No	5938	96.04%	243	3.96%	p < 0.001
	Si	324	86.12%	53	13.88%	

*proporción ponderada considerando el diseño muestral de la ENDES

**valor "p " obtenido con prueba de chi-cuadrado

En cuanto a la **tabla 8** se describe el análisis bivariado y la relación entre la violencia de pareja íntima y síntomas depresivos relevantes, donde podemos observar que el 7.14% de mujeres que sufrieron de cualquier tipo de VPI tuvieron síntomas depresivos relevantes (PHQ9 ≥10), este porcentaje fue mayor frente a las mujeres que no sufrieron de VPI y tuvieron síntomas depresivos relevantes (1.65%) esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$). En relación con la violencia física de pareja íntima, se observó que el 8.76% de las mujeres que experimentaron síntomas depresivos relevantes también reportaron haber sido víctimas de violencia física, este porcentaje fue significativamente mayor en

comparación con el grupo de mujeres con síntomas depresivos relevantes que no sufrieron VPI física, donde solo un 2.96% reportó síntomas depresivos relevantes. Esta diferencia en las proporciones fue estadísticamente significativa (**p<0.001**). También se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con síntomas depresivos relevantes que sufrieron VPI psicológica (7.21%) frente a las mujeres que no (2.20%) (**p<0.001**). Por último, se encontró que las mujeres sufrieron algún tipo de violencia sexual de pareja íntima tuvieron más prevalencia de síntomas depresivos relevantes (13.88%) que aquellas mujeres que no fueron víctimas de violencia sexual pero sí tuvieron síntomas depresivos relevantes (3.96%) esta diferencia fue estadísticamente significativa (**p<0.001**). Encontrándose resultados estadísticamente significativos entre las Violencia de pareja íntima total, los subtipos de violencia de pareja íntima y los síntomas depresivos relevantes, podemos inferir que existe una relación entre estas dos variables.

Tabla 9 Factores sociodemográficos asociados a síntomas depresivos relevantes en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana

Características sociodemográficas	Síntomas depresivos relevantes. PHQ9(≥10)		Valor p	
	OR	(IC 95%)		
Edad	15-25	Ref	Ref	-
	26-35	1.23	(0.82-1.84)	p=0.302
	36-44	1.85	(1.17-2.90)	p=0.008
	45-49	1.99	(1.36-4.35)	p=0.003
Nivel educativo	Sin educación	Ref	Ref	-
	Primaria	1.21	(0.59-2.50)	p=0.600
	Secundaria	1.53	(0.74-3.16)	p=0.250
	Estudios superiores	1.09	(0.47-2.49)	p=0.844
Estado civil	V/D**	Ref	Ref	-
	-Casada /conviviente	0.45	(0.34-0.60)	p< 0.001
Autoidentificación Étnica	No indígena	Ref	Ref	Ref

	Indígena amazónico /Andino	1.39	(1.0-1.92)	P=0.051
Situación laboral	Trabaja Trabaja	Ref 0.86(0.60-1.21)	Ref	- p=0.380
Índice de riqueza	Muy pobre	Ref	Ref	-
	Pobre	1.61	(1.12-2.31)	p=0.010
	Medio	0.73	(0.32-1.67)	p=0.466
	Rico	1.54	(0.72-8.71)	p=0.624
Nivel educativo de la pareja	Sin educación	Ref	Ref	-
	Primaria	2.53	(0.79-8.13)	P=0.117
	Secundaria	2.52	(0.78-8.07)	P=0.119
	Estudios superiores	2.00	(0.55-7.18)	P=0.290
	No sabe	2.7	(0.41-17.5)	p=0.298
Situación laboral de la pareja	No trabaja	Ref	Ref	-
	Trabaja	2.31	(1.62-3.28)	p< 0.001

En la **tabla 9** Se describe el modelo de regresión logística binaria entre las características sociodemográficas de la MEF y síntomas depresivos relevantes, donde se encontró que aquellas mujeres que se encontraban en un grupo de etarios de 36-44 tenía un 1.5 veces más probabilidades de tener síntomas depresivos relevante que las MEF de 15-25 (OR: 1.85; IC95% : 1.17-2.90 ; p = 0.008) , del mismo modo las MEF entre 45-49 años tuvieron 1.99 veces más riesgo de sufrir síntomas depresivos relevantes que el grupo etario de 15-25 años (OR : 1.99; IC95%: 1.36-4.35; p=0.003). En cuanto al índice de riqueza se encontró que las MEF catalogadas en pobreza tuvieron un 1.61 más veces de sufrir síntomas depresivos clínicamente relevantes. Con respecto a la situación laboral de la pareja, se encontró que aquellas mujeres cuyas parejas tenían un empleo, tenían 2.31 veces más probabilidades de padecer síntomas depresivos clínicamente relevantes frente a las mujeres cuyas parejas no tenían un empleo (OR: 2.31; IC95% : 1.62-3.28; p<0.001).

Tabla 10 Antecedentes de riesgo y patológicos asociados a síntomas depresivos relevantes en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana

Antecedentes de riesgo y patológicos		Síntomas depresivos relevantes (PHQ9 ≥10)		Valor p*
		OR	IC95%	
Consumo de alcohol por Pareja	No	Ref	Ref	Ref
	Si	1.52	(1.17-1.99)	p=0.002
IMC	Bajo peso	Ref	Ref	Ref
	Peso normal	0.93	(0.18-4.85)	p=0.941
	Sobrepeso o Obesidad	1.07	(0.20-5.74)	p=0.941
Hipertensión arterial	No	Ref	Ref	Ref
	Si	1.27	(0.68-2.36)	p=0.450
DM2	No	Ref	Ref	Ref
	Si	3.56	(1.48 -8.55)	p=0.005
Alcohol	No	Ref	Ref	Ref
	Si	1.18	(0.51-2.73)	p= 0.697
ITS	No	Ref	Ref	Ref
	Si	3.16	(2.07-4.84)	p< 0.001

En la **tabla 10** Se describe el modelo de regresión logística binaria entre los antecedentes de riesgo y patológicos de la MEF y síntomas depresivos relevantes, se tuvo como resultado que aquellas mujeres cuyas parejas se embriagaban con frecuencia tenían 1.52 veces más probabilidades de sufrir síntomas depresivos relevantes que las mujeres cuyas parejas no se embriagaban con frecuencia (OR: 1.52; IC 95%: 1.17-1.99; p=0.002). También se encontró que las mujeres que tenían antecedente de diabetes mellitus tenían 3.56 veces más probabilidades de tener síntomas depresivos relevantes que las mujeres que no (OR : 3.56; IC95% : 1.48 -8.55; p = 0.005). Las mujeres que padecieron de alguna ITS en los últimos 12 meses tenían 3.16 veces más

probabilidades de tener síntomas depresivos relevantes que aquellas mujeres que no . (OR : 3.16; IC95% : 2.07-4.84 ; p: p<0.001).

Tabla 11 Asociación entre la violencia de pareja íntima y síntomas depresivos relevantes en mujeres de 15-49 años de áreas rurales de la selva peruana

Violencia de pareja íntima		Síntomatología depresiva relevante					
		ORc	IC95%	Valor p	ORa*	IC95%	Valor p
VPI Total	No	Ref	Ref	-	Ref	Ref	-
	Si	4.59	(3.19-6.60)	p<0.001	4.00	(2.73-5.81)	p<0.001
VPI física	No	Ref	Ref	-	Ref	Ref	-
	Si	3.13	(2.27-4.32)	p<0.001	2.81	(1.98-3.98)	p<0.001
VPI psi	No	Ref	Ref	-	Ref	Ref	-
	Sí	3.46	(2.43-4.92)	p<0.001	3.05	(2.13-4.36)	p<0.001
VPI sexual	No	Ref	Ref	-	Ref	Ref	-
	Si	3.91	(2.56-5.99)	p<0.001	3.13	(2.00-4.89)	p<0.001

*OR ajustado a edad, antecedente de diabetes, antecedente de ITS en los últimos 12 meses, situación laboral de pareja, consumo de alcohol de pareja.

En la **Tabla 11** se describe los modelos de regresión logística crudos y ajustados. Se encontró que las mujeres que sufrieron de cualquier tipo de violencia de pareja íntima (VPI) tuvieron una probabilidad de 4 veces más de tener síntomas depresivos clínicamente relevante en comparación con las mujeres que no sufrieron de VPI, este resultado fue estadísticamente significativo (ORa: 4.00; IC95%: 2.73-5.81; p < 0.001). Con respecto a los distintos tipos de VPI ejercidos contra la MEF, se halló que aquellas mujeres que sufrieron de VPI física tuvieron 2.81 veces más probabilidades de sufrir síntomas depresivos clínicamente relevante que aquellas que no, este resultado fue estadísticamente significativo (ORa :2.81; IC 95%: 1.98-3.98; p < 0.001) . Aquellas mujeres que sufrieron de violencia psicológica tuvieron 3.05 veces más probabilidades de sufrir de sintomatología depresiva relevante, que aquellas mujeres que no fueron agredidas físicamente (Ora: 3.05; IC95% :2.13-4.36; p < 0.001). En cuanto a la violencia sexual de pareja íntima, aquellas mujeres que fueron víctimas tuvieron 3.13 veces más probabilidades de sufrir síntomas depresivos relevantes que aquellas que no (Ora: 3.13, IC95%: 2.00-4.89; p < 0.001)

Debido a que se encontró una relación entre la Violencia de pareja íntima y los síntomas depresivos relevantes en las mujeres en edad fértil de 15-49 años de las zonas rurales de la selva peruana se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Se trató de un estudio transversal analítico que consistió en un análisis secundario de una base de datos nacional perteneciente a la ENDES - INEI, periodo 2017-2022, el estudio busco determinar la relación entre la violencia de pareja íntima y síntomas depresivos clínicamente relevantes. Se obtuvo una muestra final de 5558 participantes de 15-49 años de las distintas áreas rurales consideradas partes de la selva peruana según el INEI, por lo que se incluyeron regiones que tiene puramente áreas geográficas selvas como regiones que tienen áreas geográficas sierra y selva.

Se observó que la prevalencia de síntomas depresivos relevantes entre las mujeres de áreas rurales en la selva peruana fue del 4.60%. Esta cifra, aunque ligeramente menor que la prevalencia nacional de 6.4% en la población peruana mayor de 18 (7), revela un perfil de salud mental en esta población específica. Sin embargo, al comparar estas cifras con estudios en mujeres pertenecientes áreas rurales en otras regiones, se encuentran variaciones significativas. Por ejemplo, en Etiopía se reportó una prevalencia del 4.8%(72), en Kerala del 24.2% (73) en México del 16.3% (23), en Brasil del 21.9% (10) y en Pakistán del 41.31% (21). Aunque estas poblaciones comparten determinantes de salud similares, como el entorno rural y posiblemente factores socioeconómicos, las diferencias en las prevalencias pueden atribuirse a las distintas características demográficas y a las costumbres socioculturales únicas de cada región.

Se encontró que la prevalencia de mujeres que sufrieron cualquier tipo de VPI fue de 53.76 %, esta proporción fue similar a la encontrada al 44.4% de VPI reportado en mujeres de áreas rurales de Bangladesh (25),contrario a estos

resultados en las áreas rurales de México solo se reportó que 24.12% de mujeres habían sufrido algún tipo de VPI (23) mientras que en Pakistán fue de 22.8%(21). Si bien se ha reportado que las mujeres pertenecientes a áreas rurales tienen mayor prevalencia de violencia doméstica y violencia de pareja íntima las diferencias podrían darse debido a que este trabajo obtuvo los datos de una encuesta nacional , mientras que en Pakistán y México solo destaca la prevalencia de áreas rurales de algunas provincias.

En cuanto a los subtipos de VPI, se encontró que la violencia psicológica de pareja íntima fue la más prevalente con un 47.96%, seguida de la violencia física de pareja íntima con un 28.61%, por último, la violencia sexual de pareja íntima con un 6.40% Se describe que una de las formas más comunes de violencia de pareja es la psicológica, generalmente esta precede en muchas ocasiones a la violencia física. (22)

Se encontró que, dentro de las características sociodemográficas, la edad estaba asociada a síntomas depresivos relevantes ($p=0.004$), aquellas mujeres entre 36-44 y 45-49 años tenía un 1.5 y 1.99 veces más probabilidades de tener síntomas depresivos relevante que las MEF de 15-25 (OR: 1.85; IC95% : 1.17-2.90 ; $p = 0.008$) ,(OR : 1.99; IC95%: 1.36-4.35; $p=0.003$). Resultados similares encontró Woldetensay et al.,2018 , que evidencio que tener menos de 25 años era un factor protector contra depresión (OR: 0.59 , IC95% :0.39–0.90, $p = 0.01$)(26) estos resultados concuerdan con las incidencias globales, se ha encontrado que la depresión es más prevalente en grupos etarios mayores y en mujeres , esto podría deberse a presencia de comorbilidades, cambios hormonales y cambios en el estilo de vida (74)

Se encontró que el estado civil estuvo asociado a síntomas depresivos relevantes ($p < 0.001$), aquellas mujeres que se encontraban casadas y conviviendo tenían menos probabilidades de tener síntomas depresivos relevantes compatibles con depresión que las mujeres que se encontraban viudas/divorciadas /separadas ,(OR :0.4; IC95%: 0.34-0.60; $p < 0.001$) , similarmente Okanfor et al. , 2018 halló que las mujeres solteras/viudas/divorciadas tenían 1.51 veces más probabilidades de sufrir depresión (Ora :1.51; IC :1.01-2.26; $p < 0.005$)(22)

El índice de riqueza estuvo asociado a los síntomas depresivos relevantes ($p = 0.019$), las mujeres en condición de pobreza tenían más probabilidades de tener síntomas depresivos relevantes (OR:1.61;IC95%.12-2.31, $p = 0.001$) estos resultados concuerdan con distintos reportes, esto se debe a que el índice de riqueza es un indicador de la salud con relevante importancia en la salud mental de las personas. (75)

Se encontró que tener DM2 estuvo asociado a los síntomas depresivos relevantes ($p = 0.014$), las mujeres que tuvieron DM2 tuvieron más riesgo de presentar síntomas depresivos relevantes que aquellas mujeres que no (OR:3.56; IC95%:1.48 -8.55 ; $p = 0.005$) . Se ha evidenciado que la depresión es común en pacientes con DM2, y esta relación es multifactorial y bidireccional, muchas veces complicando la adherencia al tratamiento y llevando a complicaciones de ambas patologías (58) (53)

Presentar el antecedente de ITS en los últimos 12 meses estuvo asociado a síntomas depresivos relevantes ($p < 0.001$), del mismo modo el antecedente de presentar antecedente de ITS aumentaba en 3.16 las probabilidades de presentar síntomas depresivos relevantes (OR: 3.16; IC 95%:2.07-4.84; $p < 0.001$). Del

mismo modo Jiao et al, 2019, encontró que aquellos que tenían alguna ITS tenían 1.08 más riesgo de tener depresión (OR 1.08; 95% CI 1.02–1.15; $p < 0.05$). Se ha descrito que el antecedente de presentar una ITS, está asociada a estigma auto percibido, discriminación, sentimiento de culpa y desconfianza contra la pareja, lo que podría conllevar al desarrollo de síntomas depresivos (60)

Aquellas mujeres que tenían una pareja que consumía alcohol tenían 1.52 mas veces riesgo de sufrir de síntomas depresivos, estos resultados coinciden con lo encontrado por Alguerrebe et al, en su estudio encontró que el riesgo de depresión fue de 2.82.(76) El consumo de alcohol y el alcoholismo han sido variantes que históricamente se han asociado entre ellas, sin embargo, ambas variables también interfieren en depresión y síntomas depresivos, teniendo una relación de sinergia, del mismo el consumo excesivo de alcohol tiene una prevalencia mayor en hogares de clase económica baja, característica principal de muestra población en la que el 76.22% y 20.43% tenían un índice de riqueza muy pobre y pobre respectivamente.

Violencia de pareja Intima y síntomas depresivos relevantes

Se ajustó el análisis con variables confusoras que también estuvieron asociadas a los síntomas depresivos relevantes y cuyo modelo de regresión de logística tuvo un valor de $p < 0.20$, entre estas variables estuvieron la edad, antecedente de DM2, antecedente de ITS, en los últimos 12 meses, consumo de alcohol por pareja, estado laboral de la pareja.

Con respecto a los hallazgos principales se encontró una relación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja intima total y síntomas depresivos relevantes ($p < 0.001$), en el modelo de regresión logística binaria

ajustado se encontró que las mujeres que fueron víctimas de cualquier tipo de VPI tuvieron 4 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos relevantes, resultados similares se encontraron en Brasil donde Giacomini et al., 2023, encontró que sufrir cualquier tipo de VPI aumentaba en 2.32 las probabilidades de sufrir trastorno depresivo (OR :2.32 IC del 95%: 1.30–4.13; $p = 0.004$) (10). Del mismo modo en México, Aguerrebere et al., 2021, reportó que el riesgo de sufrir síntomas depresivos siendo víctima de VPI fue de 5.8 veces más (RR = 5.8, IC 95%: 1.29-24.10) (23).

En este estudio encontró que la violencia física de pareja íntima estuvo asociada a sufrir síntomas depresivos relevantes ($p < 0.001$). Sufrir de violencia física de pareja íntima estaba relacionado con tener 2.81 más riesgo de sufrir síntomas depresivos relevantes compatibles con depresión (ORa: 2.81 ; IC95%:1.98-3.98 ; $p < 0.001$) , resultados similares encontró Han et al., en Corea del Sur , donde sufrir de VPI física aumentó en 1.96 las probabilidades de tener depresión (OR = 1.96; IC95%= 1.31 - 2.95; $p = 0.001$) (43). No obstante, este resultado no estuvo ajustado por confusores.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la violencia sexual de pareja íntima y síntomas depresivos relevantes ($p < 0.001$). El ser víctima de violencia sexual de pareja íntima aumentó las probabilidades de sufrir de síntomas depresivos relevantes. (Ora: 3.13, IC95%: 2.00-4.89; $p < 0.001$) estos resultados son similares a los encontrados por Okafor et al , en mujeres Sudafricanas, donde ser víctima de violencia sexual aumentaba en 2.02 veces la probabilidad de sufrir síntomas depresivos relevantes (aOR=2.02, 95% CI: 1.10, 3.72; $p < .001$) (22) Dentro de todos los tipos de violencia de pareja íntima se ha evidenciado que la violencia de pareja íntima sexual y física tienen mayores consecuencias en la

salud mental de las mujeres tales como trastorno de estrés post traumático ,
trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor . (6)

Debido al temor al estigma, las mujeres que sufren maltrato a menudo experimentan sentimientos de vergüenza, aislamiento y sensación de estar parte de sus parejas. Esto conlleva a una falta de apoyo por parte de amigos y familiares, lo que a su vez contribuye a un aumento en los niveles de síntomas depresivos y depresión. (23)

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- Existe una asociación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja íntima y síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Sufrir de violencia de pareja íntima aumentó en 4 veces más las probabilidades de tener síntomas depresivos relevantes.
- En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que la edad, y el índice de riqueza aumentaban las probabilidades de sufrir síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana, mientras que ser casada o conviviente disminuían los riesgos de sufrir síntomas depresivos en esta población.
- En antecedentes de riesgo se encontró que el tener pareja que consume alcohol, el haber sufrido de una ITS en los últimos 12 meses y tener DM2 aumentaban significativamente las probabilidades de tener síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana.
- Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la violencia física de pareja y síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Sufrir violencia física de pareja aumentaba en 2.81 veces las probabilidades de tener síntomas depresivos relevantes.
- Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la violencia psicológica de pareja y síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Sufrir de violencia psicológica en 3.05 las probabilidades de tener síntomas depresivos.
- La violencia sexual de pareja estuvo asociada de manera significativa con los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Esta aumentó en 3.13 veces el sufrir síntomas depresivos.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

- Debido a que se encontró que la violencia de pareja íntima y sus subtipos estaban relacionados con los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva se recomienda implementar programas de sensibilización y capacitación en las comunidades rurales sobre la violencia de pareja íntima (VPI), utilizando medios de comunicación locales, líderes comunitarios y centros de salud cercanos, del mismo modo empoderar a la mujeres locales con distintos talleres encargados por el ministerio de la mujer y el ministerio de salud.
- Debido a que, dentro de las características sociodemográficas, las edades entre 35 a 49 años y ser pobre o muy pobre tenían más riesgo de sufrir síntomas depresivos, se recomienda reforzar los programas de salud mental en esta población de áreas rurales.
- Debido a que se encontró una relación significativa entre tener una pareja que consume alcohol, haber sufrido una ITS y tener diabetes mellitus y los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva, se recomienda reforzar las campañas de prevención en salud sexual y realizar tamizajes de depresión en pacientes que tienen diagnóstico positivo de alguna ITS y/o tengan diabetes. En cuanto al tener una pareja que consume alcohol se recomienda programas de intervención intensivos en cuanto a salud mental y descarte de violencia.
- Debido a que se encontró una relación significativa entre la violencia física y los síntomas depresivos relevantes. Se recomienda puntos y redes de apoyo entre las autoridades locales y proporcionar atención en salud mental y asesoría jurídica para las víctimas.

- Debido a que la violencia psicológica de pareja íntima y los síntomas depresivos están relacionados en mujeres de áreas rurales de la selva se recomienda educar a la comunidad sobre la violencia psicológica de pareja íntima y sus impactos en la salud mental. La concienciación puede ayudar a reducir el estigma asociado con la depresión y fomentar un ambiente de apoyo para aquellos que la experimentan.
- Debido a que se encontró una relación entre la violencia sexual de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de áreas rurales de la selva, se recomienda implementar medidas para prevenir la violencia sexual de pareja íntima y proporcionar intervenciones efectivas para quienes la experimentan. Esto puede incluir programas de educación sobre relaciones saludables, capacitación para profesionales de la salud y aplicación de políticas que protejan a las víctimas y responsabilicen a los agresores del mismo modo se deben promover programas y recursos que ayuden a las personas afectadas a recuperar el control sobre sus vidas.

CAPÍTULO VIII : REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHO. Violence against women [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. PAHO. The Burden of Other Forms of Interpersonal Violence - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-other-forms-interpersonal-violence>
3. Organization WH. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018 [Internet]. World Health Organization; 2021 [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/resrep44671>
4. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. 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*. 21 de febrero de 2022;45:1.
5. INEI. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES 2022. Nacional y departamental [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf
6. Satyanarayana VA, Chandra PS, Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry*. septiembre de 2015;28(5):350-6.
7. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G, Grendas LN. Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. *J Affect Disord*. agosto de 2020;273:291-7.
8. Sousa TM de, Caldeira TCM, Soares MM, Claro RM. Health characteristics and behaviors associated with self-reported depression among Brazilian reproductive-aged women: Data from a population-based survey (2020–2021). *J Psychiatr Res*. 1 de septiembre de 2023;165:28-33.
9. Fisher J, Tran TD, Biggs B, Dang TH, Nguyen TT, Tran T. Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam. *Int Health*. 1 de marzo de 2013;5(1):29-37.
10. Giacomini SG, Machado MM, de Santana OM, Rocha SG, de Aquino CM, Gomes LG, et al. Intimate Partner Violence among women living in families with children under the poverty line and its association with common mental disorders during COVID-19 pandemics in Ceará, Brazil. *BMC Public Health*. 6 de julio de 2023;23:1299.
11. Perez-Fernandez J, Arroyo-Velasco DO, Huaman MR, Chavez-Bustamante SG, Llamo-Vilcherrez AP, Delgado-Flores CJ, et al. Association between early sexual initiation and sexually transmitted infections among Peruvian reproductive-age women. *Front Public Health*. 18 de septiembre de 2023;11:1191722.
12. Ministerio de Cultura. Base de Datos de Pueblos Indígena u Originarios. [citado 12 de noviembre de 2023]. Lista de pueblos indígenas u originarios | BDPI. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas/>

13. Moran M. Igualdad de género y empoderamiento de la mujer [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
14. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*. abril de 2008;371(9619):1165-72.
15. MINSA. gob.pe. 2019 [citado 9 de noviembre de 2023]. Resolución Ministerial N.º 658-2019/MINSA. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/285438-658-2019-minsa>
16. Ps A, Das S, Philip S, Philip RR, Joseph J, Punnoose VP, et al. Prevalence of depression among middle aged women in the rural area of Kerala. *Asian J Psychiatry*. octubre de 2017;29:154-9.
17. Shannon GD, Motta A, Cáceres CF, Skordis-Worrall J, Bowie D, Prost A. ¿Somos iguales? Using a structural violence framework to understand gender and health inequities from an intersectional perspective in the Peruvian Amazon. *Glob Health Action*. 22 de junio de 2017;10(sup2):1330458.
18. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *The BMJ*. 9 de abril de 2019;365:l1476.
19. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med*. septiembre de 2001;16(9):606-13.
20. Silva-Burga A, Al-Kassab-Córdova A, Maguina JL. 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 Women*. octubre de 2022;28(12-13):3060-72.
21. Nowshad G, Jahan N, Shah NZ, Ali N, Ali T, Alam S, et al. Intimate-partner violence and its association with symptoms of depression, perceived health, and quality of life in the Himalayan Mountain Villages of Gilgit Baltistan. *PLoS ONE*. 21 de septiembre de 2022;17(9):e0268735.
22. Okafor CN, Barnett W, Zar HJ, 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*. mayo de 2021;36(9-10):NP5060-83.
23. Aguerrebere M, Frías SM, Smith Fawzi MC, López R, Raviola G. Intimate partner violence types and symptoms of common mental disorders in a rural community of Chiapas, Mexico: Implications for global mental-health practice. *PLoS ONE*. 2 de septiembre de 2021;16(9):e0256850.
24. Salim AA, Elsayed M, Mohamed MH, Yousef H, Hemeda MS, Ramadan A, et al. Prevalence and factors associated with anxiety disorder among married women exposed to violence in rural area, Ismailia, Egypt: A cross-sectional study. *Glob Epidemiol*. 1 de junio de 2024;7:100139.

25. Esie P, Osypuk TL, Schuler SR, Bates LM. Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM - Popul Health*. 28 de enero de 2019;7:100368.
26. Woldetensay YK, Belachew T, Biesalski HK, Ghosh S, Lacruz ME, Scherbaum V, et al. The role of nutrition, intimate partner violence and social support in prenatal depressive symptoms in rural Ethiopia: community based birth cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15 de septiembre de 2018;18:374.
27. Ramos Carbonel G del R, Santamaria Zaña Y del M. Violencia en la pareja y depresión en madres de familia de una institución educativa de Zaña, 2023. *Repos Inst - UCV* [Internet]. 2023 [citado 14 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131034>
28. Medina-Quispe CI, Quispe YN, Linares A, Huaccho-Rojas J. Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2022;15(4):578-83.
29. Jaucala Suloaga GLF. Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018. *Univ Ricardo Palma* [Internet]. 2020 [citado 14 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2912>
30. Ccahuana Velasquez FC. Relación entre violencia de pareja y depresión, ansiedad y estrés en estudiantes mujeres de medicina humana de la Universidad Andina del Cusco, 2023. 18 de marzo de 2024 [citado 14 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/6174>
31. Cairo Ramos JJ. Relación entre la Depresión y la Violencia de Pareja en las Mujeres del Centro Poblado de Quiulacocha del Departamento de Pasco, 2021. *Univ Ricardo Palma* [Internet]. 2022 [citado 14 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5359>
32. Saldaña Briceño JF. Violencia de pareja y depresión en mujeres de la ciudad de Cajamarca. *Univ Priv Antonio Guillermo Urrelo* [Internet]. 5 de septiembre de 2019 [citado 14 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1058>
33. Vera Mendoza J, Centurion Pisco D. Influencia de las características sociodemográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital II ESSALUD Tarapoto y Hospital Minsa II - 2 Tarapoto. *setiembre 2015 - enero 2016. Repos - UNSM* [Internet]. 2016 [citado 14 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/1860>
34. Moreno Garcia GM, Meza Zumaeta DC. Violencia de pareja y depresión en estudiantes de un tecnológico de la ciudad de Yurimaguas, 2023. *Repos Inst - UCV* [Internet]. 2023 [citado 14 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/126289>
35. Valdivieso DA, Anthuanett P. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la pareja de Yurimaguas. *Repos Inst - UCV* [Internet]. 2020 [citado 14 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58375>
36. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet Lond Engl*. 5 de octubre de 2002;360(9339):1083-8.

37. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 28 de julio de 2018;8(7):e019995.
38. Hamadani JD, Hasan MI, Baldi AJ, Hossain SJ, Shiraji S, Bhuiyan MSA, et al. Immediate impact of stay-at-home orders to control COVID-19 transmission on socioeconomic conditions, food insecurity, mental health, and intimate partner violence in Bangladeshi women and their families: an interrupted time series. *Lancet Glob Health*. noviembre de 2020;8(11):e1380-9.
39. Organization WH. Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: estimaciones mundiales y regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres [Violence against women, 2018 estimates: global and regional and national estimates of the prevalence of intimate partner violence against women and global and regional estimates of the prevalence of non-partner sexual violence against women] [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681#:~:text=Este%20informe%20se%20basa%20en%20un%20an%C3%A1lisis%20de,estas%20dos%20formas%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeres.>
40. CDC. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization — National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *MMWR* [Internet]. 5 de agosto de 2014;63(8). Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6308.pdf>
41. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Tran N. Intimate partner violence and subsequent depression and anxiety disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 de mayo de 2020;55(5):611-20.
42. Chhabra M, Fiore LB, Pérez-Villanueva S. Violence Against Women: Representations, Interpretations, and Education. *Violence Women*. noviembre de 2020;26(14):1743-50.
43. Han KM, Jee HJ, An H, Shin C, Yoon HK, Ko YH, et al. Intimate partner violence and incidence of depression in married women: A longitudinal study of a nationally representative sample. *J Affect Disord*. febrero de 2019;245:305-11.
44. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. enero de 2024;25(1):494-511.
45. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med*. julio de 2018;48(9):1560-71.
46. MINSa. gob.pe. 2022 [citado 9 de noviembre de 2023]. Casos de afecciones de salud mental incrementaron casi 20 % durante el 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/747822-casos-de-afecciones-de-salud-mental-incrementaron-casi-20-durante-el-2022>
47. Moini J, Koenitzer J, LoGalbo A. Chapter 6 - Depressive disorders. En: Moini J, Koenitzer J, LoGalbo A, editores. *Global Emergency of Mental Disorders* [Internet]. Academic Press; 2021

[citado 5 de abril de 2024]. p. 95-117. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323858373000273>

48. Anisman H, Hayley S, Kusnecov A. Chapter 8 - Depressive Disorders. En: Anisman H, Hayley S, Kusnecov A, editores. *The Immune System and Mental Health* [Internet]. San Diego: Academic Press; 2018 [citado 5 de abril de 2024]. p. 259-308. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128113516000085>
49. American Psychiatric Association. Suplemento del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES [Internet]. 2016. Disponible en:
https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
50. Stevens L, Rodin I. Depressive disorder – clinical presentation. En: Stevens L, Rodin I, editores. *Psychiatry (Second Edition)* [Internet]. Churchill Livingstone; 2011 [citado 5 de abril de 2024]. p. 52-3. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702033964000305>
51. Moreno-Agostino D, Wu YT, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 15 de febrero de 2021;281:235-43.
52. Slavich GM, Sacher J. Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacology (Berl)*. octubre de 2019;236(10):3063-79.
53. van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J, Stoop C, Chan J, Jacobson AM, Katon W, et al. Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):380-95.
54. Anisman H, Hayley S, Kusnecov A. Depressive Disorders. En: *The Immune System and Mental Health* [Internet]. Elsevier; 2018 [citado 25 de marzo de 2024]. p. 259-308. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128113516000085>
55. Groer ME, Baumgartel K, Springer C, Mutka T, Postolache TT. Depression in pregnant Hispanic women: Risk factors, pregnancy outcomes and plasma cytokines. *Brain Behav Immun - Health*. 1 de julio de 2024;38:100765.
56. Collazos-Perdomo D, Ramirez-Ramos CF, Torres de Galvis MY, Correas-Orozco L, Ramirez-Mendez D, Castilla Agudelo GA, et al. Asociación entre depresión mayor e hipertensión arterial en una población colombiana. *Hipertens Riesgo Vasc*. 1 de octubre de 2020;37(4):162-8.
57. Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JBS, Neto FL. HYPERTENSION AND DEPRESSION. *Clinics*. 1 de junio de 2005;60(3):241-50.
58. Mukherjee N, Chaturvedi SK. Depressive symptoms and disorders in type 2 diabetes mellitus. *Curr Opin Psychiatry*. septiembre de 2019;32(5):416-21.
59. Fulton S, Décarie-Spain L, Fioramonti X, Guiard B, Nakajima S. The menace of obesity to depression and anxiety prevalence. *Trends Endocrinol Metab TEM*. enero de 2022;33(1):18-35.

60. Jiao B, Zafari Z, Ruggeri K, Williams SZ. Depressive Symptoms and Sexually Transmitted Disease: Evidence from a Low-Income Neighborhood of New York City. *Community Ment Health J.* 1 de octubre de 2019;55(7):1147-51.
61. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLOS ONE.* 9 de septiembre de 2019;14(9):e0221717.
62. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2012;29:578-9.
63. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *The BMJ.* 9 de abril de 2019;365:l1476.
64. CDC, CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [citado 9 de noviembre de 2023]. ¿Qué es la violencia de pareja íntima? Disponible en: <https://www.cdc.gov/digital-social-media-tools/cdctv/partner-violence-esp/violencia-de-pareja.html>
65. Clifton E. Manual MSD versión para público general. 2022 [citado 9 de noviembre de 2023]. Violencia doméstica - Salud femenina. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/violencia-dom%C3%A9stica-y-agresiones-sexuales/violencia-dom%C3%A9stica>
66. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=24326&filter=this_exact_term&q=ITS
67. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=24326&filter=this_exact_term&q=ITS
68. INEI. Población femenina en edad fértil de 15 a 49 años de edad, según departamento [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/>
69. ENDES. FICHA TÉCNICA ENDES 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/documentos_2020/FICHA_TECNICA_ENDES%20200.pdf
70. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H. [Manipulation, analysis, and visualization of data from the demographic and family health survey with the R program]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(1):128-33.
71. ENDES. FICHA TÉCNICA ENDES 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/documentos_2019/FICHA_TECNICA_ENDES%202019.pdf
72. Deyessa N, Berhane Y, Alem A, Ellsberg M, Emmelin M, Hogberg U, et al. Intimate partner violence and depression among women in rural Ethiopia: a cross-sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 28 de abril de 2009;5:8.

73. Ps A, Das S, Philip S, Philip RR, Joseph J, Punnoose VP, et al. Prevalence of depression among middle aged women in the rural area of Kerala. *Asian J Psychiatry*. octubre de 2017;29:154-9.
74. Sim HS, Lee SG, Kim TH. Physical Functioning, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation among Older Korean Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 20 de agosto de 2021;18(16):8781.
75. Daray FM, Rubinstein AL, Gutierrez L, Lanas F, Mores N, Calandrelli M, et al. Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: A population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *J Affect Disord*. 1 de octubre de 2017;220:15-23.

ANEXOS

Anexo 01 Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ÁREAS RURALES DE LA SELVA PERUANA: ENDES 2017-2022	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre la violencia de pareja íntima y síntomas depresivos en mujeres de áreas rurales de la selva peruana <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las características sociodemográficas relacionadas a síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Identificar los antecedentes de riesgo relacionados a síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Identificar la relación entre la violencia física de pareja íntima y los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Identificar la relación entre la violencia psicológica de pareja íntima y síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. Identificar relación entre la violencia sexual de pareja íntima y los síntomas depresivos relevantes en mujeres de áreas rurales de la selva peruana. 	<p>Variable Independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Violencia de pareja íntima -Violencia física -Violencia psicológica -Violencia sexual <p>Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> -síntomas depresivos relevantes 	Estudio no experimental Analítico, de corte transversal	<p>Población de estudio:</p> <p>Mujeres de 15-49 años pertenecientes a áreas rurales de la selva peruana participantes de la ENDES 2017-2022</p>	<p>Cuestionarios y Módulos de la ENDES 2017-2022</p> <ul style="list-style-type: none"> Variables sociodemográficas cointervinentes : Cuestionario Hogar, C. individual de la mujer , C. de salud Variable independiente Cuestionario individual de la mujer , Variable dependiente Cuestionario de salud

Anexo 02 Instrumento PHQ-9 adaptado a la ENDES -Modulo salud



ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES

DICCIONARIO DE VARIABLES CUESTIONARIO DE SALUD - CSALUD01 PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD



Nº	VARIABLE	Descripción	TIPO DE CARÁCTER	LONGITUD	RANGO DE VARIACIÓN	VALORES	Descripción	088
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 sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>					<p>PARA NADA</p> <p>VIARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</p> <p>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</p> <p>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</p>	
		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 03 Cuestionario módulo de violencia familiar y preguntas sobre VPI
a) Cuestionario individual de la mujer módulo de violencia familiar



ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES
DICCIONARIO DE VARIABLES CUESTIONARIO INDIVIDUAL (REC84DV)



Nº	VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	TIPO DE CARÁCTER	LONGITUD	RANGO DE VARIACIÓN	VALORES	DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERNATIVAS	OBS
1	ID1	Año	N	4				
2	CASEID	Identificación de caso	AN	18				Variable (Llave de identificación)
3	D101A	Su esposo/compañero se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
4	D101B	Su esposo/compañero la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
5	D101C	Su esposo/compañero le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
6	D101D	Su esposo/compañero trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
7	D101E	Su esposo/compañero insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares dónde usted va (iba)	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
8	D101F	Su esposo/compañero desconfía (desconfiaba) de Ud. con el dinero	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
9	D101G	CS control	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
10	D101H	CS control	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
11	D101I	CS control	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
12	D101J	CS control	N	1	0;1;8	0	No	
						1	Sí	
						8	No sabe	
13	D102	Número de problemas de control	N	2				
14	D103A	Su esposo/compañero alguna vez le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás	N	1	0;3	0	No	
						1	Frecuentemente	
						2	Algunas veces	
						3	Nunca	
15	D103B	Su esposo/compañero la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted	N	1	0;3	0	No	
						1	Frecuentemente	
						2	Algunas veces	
						3	Nunca	
16	D103C	Su esposo/compañero siempre insulta o hace sentir mal	N	1	0;3	0	No	
						1	Frecuentemente	
						2	Algunas veces	
						3	Nunca	
17	D103D	Su esposo/compañero la ha amenazado con irse de casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica	N	1	0;3	0	No	
						1	Frecuentemente	
						2	Algunas veces	
						3	Nunca	

b) Preguntas sobre VPI según el módulo de violencia familiar y su categorización

Violencia verbal o psicológica: responder si indica que la mujer ha vivido/experimentado violencia verbal o psicológica: ¿Tu último esposo/compañero íntimo/alguna vez... ha hecho cosas para humillarte frente a todos?, ¿Te ha amenazado con hacer algo a ti o a alguien cercano a ti?, y ¿Te ha amenazado con abandonar la casa y llevarse a tus hijos o dejar de proporcionar apoyo financiero?

violencia física : responder si a alguna de las siguientes preguntas : indica que la mujer ha vivido/experimentado violencia: ¿Tu último esposo/compañero íntimo/alguna vez... te ha empujado, sacudido o lanzado algo?, ¿Te ha abofeteado o torcido el brazo?, ¿Te ha golpeado con el puño o con algo que pudiera hacerte daño?, ¿Te ha dado patadas o arrastrado?, ¿Ha intentado estrangularte o quemarte?, ¿Te ha amenazado con un cuchillo, una pistola o cualquier tipo de arma?, y ¿Te ha atacado con un cuchillo, una pistola o cualquier otra arma?.

violencia sexual: si la mujer ha vivido/experimentado cualquiera de las situaciones mencionadas respondiendo afirmativamente las siguientes preguntas. La violencia sexual fue evaluada con las siguientes dos preguntas: ¿Tu último esposo/compañero íntimo/alguna vez... te ha obligado a tener relaciones sexuales incluso si no lo deseas? y ¿Alguna vez te ha forzado a realizar actos sexuales que desaprobabas?

Anexo 04 Diseño de Muestreo de la ENDES 2017-2022

La elección de la Unidad Primaria de Muestreo, o conglomerado, se realiza utilizando la probabilidad proporcional al tamaño según el peso que tienen las viviendas ocupadas en el marco del Censo de Población y Vivienda (CPV) de 2017. Posteriormente, la selección de la Unidad Secundaria de Muestreo, que son las viviendas, se lleva a cabo empleando un muestreo equilibrado a partir del registro de viviendas, considerando variables específicas como la presencia de poblaciones relevantes, como mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años.

Ejemplo de selección de la muestra en algunos de los departamentos con población predominante en región Selva según INEI						
Departamento	Año	Total, de Conglomerados	Viviendas			Total, de viviendas seleccionadas
			Sede	Resto urbano	Rural	
Loreto	2017	114	550	270	480	1300
	2018	114	550	270	480	1300
	2019	114	550	270	480	1300
	2020	114	565	283	485	1333
	2021	114	550	270	480	1300
	2022	113	550	270	465	1285
	Total	683	3315	1633	2870	7818
Madre de Dios	2017	117	700	210	390	1300
	2018	117	700	210	390	1300
	2019	117	700	210	390	1300
	2020	117	712	214	399	1325
	2021	117	700	210	390	1300
	2022	113	680	200	375	1255
	Total	698	4192	1254	2334	7780
Ucayali	2017	119	820	150	330	1300
	2018	119	820	150	330	1300
	2019	119	820	150	330	1300
	2020	119	838	152	338	1318
	2021	119	820	150	330	1300
	2022	119	820	150	330	1300
	Total	714	4928	902	1988	7818
	Total	713	847	2586	5695	9128
TOTAL		2779	15264	9327	15775	40366

*Cuadro elaborado con los datos de las Fichas técnicas ENDES "2017-2022"

Posterior a la selección del total de viviendas anual, se aplica los cuestionarios usando una entrevista presencial a un miembro de cada vivienda. Generalmente los entrevistadores y personal de campo suelen ser personal altamente capacitado estos incluyen personal de salud, entre ellos antropometristas, supervisores y en la mayoría de los casos personal femenino.

Mayor información en:

<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>

Anexo 05 Dictamen de Comité Institucional de Ética en Investigación



UNAP

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE
ÉTICA EN INVESTIGACIÓN-(CIEI)**

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

DICTAMEN DE EVALUACIÓN Nº 134-2023-CIEI-VRINV-UNAP

Iquitos, 27 de diciembre de 2023

Bachiller **MARTÍN ERNESTO REÁTEGUI GARCÍA**
Investigador Tesista – Facultad de Medicina Humana

TÍTULO DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN: "**VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ÁREAS RURALES DE LA SELVA PERUANA: ENDES 2017-2022**"; recepcionado el 26 de diciembre de 2023.

Código asignado por el Comité:

Le informo que el proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité obteniendo los resultados que se describen a continuación:



	Nº Y FECHA VERSIÓN	DECISIÓN
PROTOCOLO	PI-134-27/12/23-CIEI-UNAP	(1)
CONSENTIMIENTO INFORMADO	----	----

Se concluye que:

Ha sido **APROBADO SIN MODIFICACIONES EN EL PROTOCOLO (1)**.

Este protocolo tiene vigencia del 27/12/2023 hasta 27/06/2024, por un periodo de 6 meses.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (CIEI-UNAP), un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

El Comité dispone de un formato estándar que podrá usarse al efecto, ubícanos al correo electrónico: comite_etica@unapiquitos.edu.pe.

OBSERVACIONES AL PROTOCOLO

1. El Plan de Investigación, titulado: "**VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ÁREAS RURALES DE LA SELVA PERUANA: ENDES 2017-2022**"; fue **Aprobado sin Modificación en el Protocolo con valoración (1)**, sin ninguna observación.



UNAP
Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE
ÉTICA EN INVESTIGACIÓN-(CIEI)**

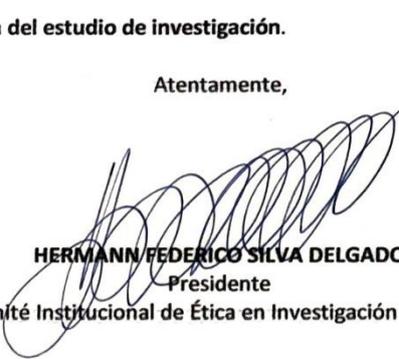
OBSERVACIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. No aplicable al Proyecto de Investigación, titulado: **"VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ÁREAS RURALES DE LA SELVA PERUANA: ENDES 2017-2022"**; por tratarse de un estudio de revisión de Bases de Datos de accesibles libremente al público, no requiere de un consentimiento informado, respeta la privacidad y confidencialidad de los sujetos de investigación.

CONCLUSIÓN

- Los Miembros del CIEI-UNAP manifiestan no tener conflictos de interés en evaluar el estudio.
- Procede la ejecución del estudio de investigación.

Atentamente,


HERMANN FEDERICO SILVA DELGADO
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación – UNAP



Nota:

- La Tasa por Servicio de Evaluación del CIEI-UNAP, se realizó por ciento uno con 00/100 soles (S/. 101.00) con el Voucher N° 2146446, y por el monto de un con 00/100 soles (S/. 1.00) con el Voucher N° 2153408 para regularizar monto de evaluación, efectuado en el Banco de la Nación.

C.c.: Interesado, Archivo.

Ulveth

Calle Nauta N° 555, Distrito de Iquitos – Provincia de Maynas – Departamento de Loreto
<http://www.unapiquitos.edu.pe> – E mail: comite_etica@unapiquitos.edu.pe
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN