



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DE PAREJA Y SINTOMATOLOGÍA  
DEPRESIVA EN LOS PRIMEROS DOCE MESES POSTERIORES AL  
PARTO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTRE 15 A 49 AÑOS -  
ANÁLISIS SECUNDARIO DE LAS ENCUESTAS DEMOGRÁFICAS Y DE  
SALUD FAMILIAR (ENDES) 2021 - 2023

ASSOCIATION BETWEEN INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND  
DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN THE FIRST TWELVE MONTHS  
FOLLOWING CHILDBIRTH IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE  
BETWEEN 15 AND 49 YEARS OLD - SECONDARY ANALYSIS OF THE  
ENDES 2021 - 2023

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO

AUTORES

SHANTAL ROSA MUÑOZ CALLUPE  
PABLO GERARDO SANCHEZ VALIENTE

ASESOR

JAVIER ESTEBAN SAAVEDRA CASTILLO

LIMA - PERÚ

2024



## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Johann Martin Vega Dienstmaier

**Vocal:** Dr. Paulo Jorge Martin Ruiz Grosso

**Secretario:** Dra. Ybeth Luna Solis

**Fecha de sustentación:** 10 de octubre del 2024

**Calificación:** Aprobado

**ASESOR DE TESIS**

**ASESOR**

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

Departamento Académico de Ciencias Médicas

ORCID: 0000-0001-8403-5363

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres por su amor, apoyo y ejemplo, que nos impulsaron en este largo camino. A Mailo y Lucky, por brindarnos compañía, alegría y consuelo. Finalmente, a todas las víctimas de violencia, deseando que encuentren aliento, fortaleza y justicia.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestro asesor, el Dr. Javier Saavedra Castillo, por su invaluable guía y dedicación; su vasto conocimiento y apoyo fueron fundamentales en la realización de este proyecto. A la Mg. Ysela Agüero Palacios, por su valiosa ayuda en el análisis de datos, contribuyendo significativamente a la culminación de esta investigación.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El presente proyecto fue autofinanciado por los autores.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## REPORTE DEL INFORME DE SIMILITUD

ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DE PAREJA Y SINTOMATOLOGÍA  
DEPRESIVA EN LOS PRIMEROS DOCE MESES POSTERIORES AL PARTO  
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTRE 15 A 49 AÑOS - ANÁLISIS  
SECUNDARIO DE LAS ENCUESTAS DEMOGRÁFICAS Y DE SALUD  
FAMILIAR (ENDES) 2021 -2023

### INFORME DE ORIGINALIDAD

**10**

%

INDICE DE SIMILITUD

**10**

%

FUENTES DE INTERNET

**4**

%

PUBLICACIONES

**1**

%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

**1**

[www.repositorio.inprf.gob.mx](http://www.repositorio.inprf.gob.mx)

Fuente de Internet

**1**%

**2**

[repositorio.urp.edu.pe](http://repositorio.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

**1**%

**3**

[www.slideshare.net](http://www.slideshare.net)

Fuente de Internet

**1**%

**4**

[hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

**1**%

**5**

[repositorio.unfv.edu.pe](http://repositorio.unfv.edu.pe)

Fuente de Internet

< **1**%

**6**

[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)

Fuente de Internet

< **1**%

**7**

[pesquisa.bvsalud.org](http://pesquisa.bvsalud.org)

Fuente de Internet

< **1**%

## TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	OBJETIVOS.....	6
III.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
IV.	RESULTADOS.....	12
V.	DISCUSIÓN.....	17
VI.	CONCLUSIONES.....	29
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
VIII.	TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.....	42
	ANEXOS.....	



## RESUMEN

**Introducción:** La depresión posparto (DPP) afecta entre el 10-20% de las mujeres en el mundo, siendo la violencia de pareja (VP) un factor de riesgo importante. Este estudio evalúa la relación entre VP y DPP usando datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) para mejorar la prevención y manejo de la DPP en Perú. **Objetivo:** Evaluar la relación entre la VP en el último año y el desarrollo de sintomatología depresiva dentro de los doce meses postparto en mujeres de 15 a 49 años. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, analítico, transversal y secundario, utilizando datos de las ENDES 2021-2023. La unidad de muestreo estuvo constituida por mujeres de 15-49 años en su primer año postparto. Se realizó un análisis para muestras complejas mediante prevalencias, pruebas de chi-cuadrado y modelos de regresión logística. **Resultados:** La muestra incluyó a 5 903 mujeres. La prevalencia de sintomatología depresiva en el primer año postparto fue del 6,32%. El 19,23% de las mujeres sufrió algún tipo de VP en el último año, teniendo un riesgo significativo de desarrollar síntomas depresivos (OR:5,44; IC95:3,79–7,79), incluso ajustando factores sociodemográficos (ORAj:4,53; IC95:2,99–6,88). **Conclusiones:** La prevalencia de DPP es del 6,32%, siendo mayor en mujeres no convivientes y en Lima Metropolitana. La violencia de pareja, particularmente la psicológica, y el rechazo a la gestación aumentan este riesgo. Se necesitan intervenciones integrales y apoyo psicológico para abordar estos factores. **Palabras claves:** Violencia de pareja, Violencia doméstica, Depresión posparto.

## ABSTRACT

**Background:** Postpartum depression (PPD) affects 10-20% of women worldwide, with intimate partner violence (IPV) being a significant risk factor. This study evaluates the relationship between IPV and PPD using data from the Demographic and Family Health Surveys (ENDES) to enhance the prevention and management of PPD in Peru. **Objective:** To assess the relationship between IPV in the past year and the development of depressive symptoms within the first twelve months postpartum in women aged 15 to 49. **Materials and Methods:** Descriptive, analytical, cross-sectional, and secondary study using data from ENDES 2021-2023. The sampling unit included women aged 15-49 in their first year postpartum. Analysis was conducted for complex samples using prevalence rates, chi-square tests, and logistic regression models. **Results:** The sample included 5 903 women. The prevalence of depressive symptoms in the first year postpartum was 6,32%. Of the women, 19,23% experienced some form of IPV in the past year, with a significant risk of developing depressive symptoms (OR:5,44; 95CI:3,79–7,79), even after adjusting for sociodemographic factors (AdjOR: 4,53; 95CI:2,99–6,88. **Conclusions:** The prevalence of PPD is 6,32%, higher among women who do not cohabit with a partner and those in Metropolitan Lima. IPV, particularly psychological violence, and an unwanted pregnancy increase this risk. Comprehensive interventions and psychological support are needed to address these factors. **Keywords:** Intimate partner violence, Domestic violence, Postpartum depression.

## I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental que afecta al 5% de los adultos globalmente y se manifiesta con un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, cambios en el peso y apetito, fatiga, cambios cognitivos, entre otros (1). Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*), la depresión mayor se manifiesta con dichos síntomas durante al menos 14 días, afectando significativamente el funcionamiento normal (2). Por otro lado, la Clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10) define el episodio depresivo como un período de al menos dos semanas con ánimo deprimido, anhedonia y fatiga (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la depresión como una causa principal de discapacidad a nivel mundial (4) y estima que los trastornos mentales, incluida la depresión, cuestan US\$1 billón al año a la economía mundial (5). Para abordar este problema, la OMS ha creado el Plan de acción sobre salud mental 2013-2030 y el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, dirigidos a fortalecer los sistemas de apoyo para personas con trastornos mentales (4).

La depresión puede manifestarse en diferentes etapas de la vida, incluidos el período de embarazo y puerperio, conocido como depresión posparto (DPP). La DPP afecta el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y la esfera cognitiva de las gestantes y puérperas, impactando la relación madre-bebé (6). Aunque el DSM-5 limita su diagnóstico a las primeras cuatro semanas postparto, muchos expertos reconocen que puede presentarse durante el primer año, con mayor incidencia entre los primeros 2 a 3 meses (7,8).

Globalmente, entre el 10-20% de mujeres experimentan depresión durante la gestación o en el primer año postparto, con prevalencias que pueden ser mayores en países en vías de desarrollo (9,10). Fisher et al. (11) reportó una prevalencia de desórdenes mentales postparto, incluyendo DPP, del 19,8% en su revisión sistemática de estudios de 17 países en vías de desarrollo, mientras que Dadi et al. (12) encontraron una prevalencia de 16,84% en países africanos. En Perú, la prevalencia de DPP es variable. Estudios transversales han reportado prevalencias mayores a la estimación mundial, como el de Masías y Arias (13), que registraron una prevalencia del 45%, o el estudio de Zeballos et al. (14), con un 27,8%, ambos realizados en Arequipa. En Lima, se reportaron prevalencias de DPP de 34% en el Hospital Dos de Mayo (15) y de 32,87% en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte (16). Estos estudios nacionales se enfocan en mujeres durante las primeras seis semanas postparto y utilizaron la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE) para diagnosticar DPP, aplicando un punto de corte mayor o igual a 13 puntos – aunque algunos autores sugieren que este umbral puede sobreestimar el diagnóstico de depresión (17). En contraste, un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima encontró una prevalencia del 5,92% en mujeres durante su primer año postparto, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV (18). Este último hallazgo es consistente con resultados de análisis basados en la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) – la cual utiliza el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) para medir la sintomatología depresiva. Estos estudios reportan prevalencias de sintomatología depresiva variables desde un 3,12% (19) hasta un 4,3% (20) en el primer año postparto, con un pico de 5,25% en los primeros seis meses (21).

Es relevante tener en cuenta que diversos factores de riesgo han sido relacionados con el desarrollo de DPP, tales como la ansiedad materna, eventos estresantes en la vida, antecedentes personales de depresión (incluyendo durante la gestación), eventos estresantes durante el embarazo o puerperio, falta de apoyo social, violencia doméstica y otros factores menos frecuentes, como el embarazo no deseado (22,23).

Por otra parte, la violencia doméstica es un grave problema que afecta el bienestar de las mujeres, siendo la pareja íntima el principal agresor en la mayoría de los casos (24). Según la Organización de las Naciones Unidas, aproximadamente una de cada tres mujeres a nivel mundial ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja al menos una vez en la vida (25). En Perú, los datos resultan ser similares; según la ENDES 2023, el 53,8% de mujeres reportaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) por parte de su esposo o compañero en algún momento de sus vidas (26).

La asociación entre la violencia de pareja (VP) y las enfermedades de salud mental ha sido estudiada ampliamente en diversos países. La exposición prolongada a VP puede aumentar hasta 2–3 veces el riesgo de sufrir trastorno depresivo mayor y 1,5–2,0 veces el riesgo de DPP (27). La revisión sistemática de Bacchus et al. (28), que incluye estudios de cohortes, demuestra una relación fuerte entre la VP y el desarrollo de síntomas depresivos, así como un aumento de estos en el periodo postparto. Otro metaanálisis más reciente confirma un riesgo significativamente mayor de DPP en mujeres que sufren VP, especialmente si ocurre durante el embarazo (*odds ratio* = 2,73), comparado a si es a lo largo de la vida (OR:2,24) (29). Estudios descriptivos en África Oriental y Asia también destacan que la

violencia física y sexual, especialmente durante el embarazo, incrementa significativamente el riesgo de DPP (30–34). Además, la exposición a múltiples formas de violencia se asocia con un mayor riesgo de DPP (12).

Con lo expuesto, este estudio busca responder a la pregunta central: ¿Cuál es la asociación entre la violencia de pareja en el último año y la sintomatología depresiva en los primeros doce meses postparto en mujeres de 15 a 49 años en Perú? Al abordar esta cuestión, se pretende identificar cómo las distintas formas de violencia experimentadas por las mujeres durante el embarazo o el año anterior afectan la salud mental postparto, con el objetivo de proponer intervenciones que mejoren la atención clínica y las políticas públicas sobre esta problemática.

La investigación sobre la asociación entre violencia de pareja y depresión postparto es crucial debido a su alta prevalencia y graves efectos en la salud mental materna. A pesar de la existencia de estudios internacionales, su aplicabilidad al contexto peruano es limitada por diferencias poblacionales. En Perú, los estudios sobre esta relación son escasos y generalmente de corte transversal o enfocados en zonas específicas.

Por ello, este estudio pretende actualizar y ampliar la información sobre la asociación entre violencia de pareja y depresión postparto en mujeres peruanas de 15 a 49 años, analizando la ENDES 2021-2023. Esta última utiliza una muestra representativa del país y abarca diversas regiones del país (costa, sierra, selva, urbano y rural), proporcionando así una visión más amplia de la situación. La ENDES, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), es una herramienta valiosa que proporciona datos actualizados sobre salud

reproductiva, atención durante el embarazo y postparto, y otros indicadores relevantes de salud infantil y mental en el país (35).

## **JUSTIFICACIÓN**

La investigación sobre la sintomatología depresiva en el postparto y su relación con la violencia de pareja en Perú es crucial, ya que aborda la salud mental materna, una prioridad de salud pública nacional por sus impactos en las madres y sus familias. Nuestra investigación se alinea con varias normativas nacionales que abordan la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar, como la Ley N.º 30364, la cual busca prevenir, sancionar, erradicar y reparar casos de violencia (36), y la Resolución Ministerial N.º 670-2021-MINSA, que ofrece una guía de identificación, manejo y rehabilitación de mujeres víctimas de violencia (37). Además, se alinea con la Ley de Salud Mental y su Reglamento, que destacan la identificación de factores de riesgo como la violencia familiar y la depresión (artículo 17), y la atención integral de las víctimas (artículo 32) (38). Asimismo, la inclusión obligatoria del tamizaje de violencia durante el control prenatal también respalda nuestra investigación (39).

Por lo que, los resultados pueden influir en las políticas públicas al proporcionar datos empíricos que refuercen las normativas existentes y apoyen la futura implementación de otras medidas preventivas, intervenciones psicosociales, y programas de apoyo. Además, contribuyen a reducir el estigma asociado con estas problemáticas y fomentar un entorno de apoyo que promueva relaciones más saludables.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar la relación entre la violencia de pareja en el último año y el desarrollo de sintomatología depresiva dentro de los doce meses posteriores al parto en mujeres entre 15 y 49 años.

### **Objetivos específicos**

- Estimar la prevalencia de sintomatología depresiva en los doce meses postparto según factores sociodemográficos.
- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la sintomatología depresiva en los doce meses postparto.
- Estimar la prevalencia de violencia de pareja y sus subtipos en el último año y durante el embarazo, junto con los factores sociodemográficos asociados.
- Evaluar la relación entre la violencia de pareja y sus subtipos, y la sintomatología depresiva en los doce meses postparto.
- Determinar la asociación entre el deseo de gestación y la sintomatología depresiva en los doce meses postparto, ajustando por factores sociodemográficos.
- Estimar la asociación entre la sintomatología depresiva en el primer año postparto y la violencia de pareja en el último año, junto con sus subtipos, controlando por factores sociodemográficos.



### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **Diseño del estudio**

Estudio descriptivo, analítico y transversal. Estudio con base de datos de fuente secundaria provenientes de las ENDES realizadas en los años 2021, 2022 y 2023.

#### **Población**

La población de estudio comprendió a mujeres entre 15 y 49 años encuestadas dentro del periodo de 12 meses posteriores al parto. Estas mujeres fueron participantes de las ENDES de los años 2021-2023 y residen en las 25 regiones políticas del Perú.

#### **Criterios de inclusión**

- Mujeres entre los 15 y 49 años.
- Mujeres encuestadas dentro de los primeros 12 meses postparto.

#### **Criterios de exclusión**

- Mujeres con datos incompletos para las variables de estudio.

#### **Muestra y muestreo**

El estudio utiliza datos de la ENDES 2021-2023, el cual tiene un diseño muestral bietápico y estratificado, con 36 714 mujeres en 2021, 35 787 en 2022 y 35 657 en 2023, todas entre 12 y 49 años. En la primera etapa, se seleccionaron conglomerados mediante muestreo sistemático proporcional al tamaño, basado en el Censo 2017, y, en la segunda etapa, se seleccionaron viviendas dentro de cada conglomerado. Cada año se rotó la muestra para asegurar la representatividad

nacional, incluyendo ajustes de ponderación. Para este estudio secundario, se seleccionaron mujeres de 15 a 49 años en el primer año postparto que cumplieron con los criterios establecidos, resultando en una submuestra final de 5 903.

### **Definición de variables**

Las variables se definen de la siguiente manera (Anexo N.º 01):

- a) **Variable dependiente:** Síntomas depresivos durante el primer año postparto en mujeres de 15 a 49 años. Variable dicotómica (Sí/No) medida mediante el cuestionario PHQ-9 del Cuestionario de salud de las ENDES.
- b) **Variable independiente:** Violencia física, psicológica y sexual en los últimos doce meses, y violencia durante la gestación en el mismo grupo etario y periodo. Variables dicotómicas (Sí/No) medidas mediante el Cuestionario individual de la mujer en las ENDES. Se construyó una variable adicional, "Cualquier tipo de violencia", para resumir la exposición a cualquier tipo de violencia (física, psicológica, sexual).
- c) **Covariables:** Edad, características sociodemográficas (estado civil, nivel educativo, índice de riqueza, región, lugar de residencia) y deseo de gestación. Estas se exploran en el Cuestionario individual en las ENDES.

### **Procedimientos y técnicas**

Para el estudio, se utilizaron datos de las ENDES 2021-2023, accesibles públicamente a través del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp>). Las bases de datos fueron descargadas y se seleccionaron las variables de interés.

## 1. Instrumentos utilizados en las ENDES:

a. ***The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)***: Validado internacionalmente y en Perú (40). Evalúa la presencia de síntomas depresivos en los últimos 14 días mediante la pregunta N.º 700 del Cuestionario de salud de la ENDES. Una puntuación  $\geq 10$  indica sintomatología depresiva, con una sensibilidad del 88% y especificidad del 85%, según el estudio de Kroenke et al. (41), quienes lo compararon con una entrevista diagnóstica estructurada basada en los criterios del DSM-IV. Aunque el PHQ-9 ofrece información valiosa sobre síntomas depresivos, no se considera una prueba diagnóstica formal, pues el punto de corte de 10 no se alinea completamente con los criterios del CIE-10 o DSM-5 para un episodio depresivo (41). Este umbral puede llevar a sobreestimaciones en la prevalencia de depresión en comparación con evaluaciones clínicas más rigurosas basadas en criterios diagnósticos más estrictos.

b. **Cuestionario *ad hoc* sobre violencia por pareja de las ENDES:**

Se centró en las preguntas 1 003, 1 004, 1 005 y 1 019 del Cuestionario individual de la mujer para abordar la violencia física, psicológica y sexual, y violencia física durante la gestación.

c. **Datos sociodemográficos:** Se usaron datos del Cuestionario individual para la mujer, el Cuestionario del hogar y el Cuestionario de salud de las ENDES para variables como edad, estado civil, nivel

educativo, índice de riqueza, región, lugar de residencia y deseo de gestación.

- 2. Recolección y procesamiento de datos:** Se descargaron y fusionaron las bases de datos de las ENDES 2021-2023, seleccionando las variables de interés, además de considerar las variables de conglomerados, estratos y factores de ajuste para el posterior análisis de muestras complejas. Se enfocó el análisis en la submuestra de mujeres que dieron a luz en el último año. Se utilizó el software SPSS 25 para consolidar y analizar los datos.
- 3. Procesamiento de las variables de violencia y síntomas depresivos:** Para medir la violencia en el último año, se consideró como respuesta afirmativa (“Sí”) a las opciones de “Frecuentemente” y “A veces” en las bases de datos. En cuanto a los síntomas depresivos, se sumaron las puntuaciones de cada ítem del PHQ-9 y se clasificó como presente (“Sí”) si la suma total fue de 10 o más puntos (Anexo N.º 01).

### **Plan de análisis**

Dado que el diseño muestral de la ENDES es bietápico y estratificado, se construyó un plan de análisis para muestras complejas, utilizando las variables de conglomerado (V001), estrato (V022) y los factores de ajuste para mujeres de 15 a 49 años (peso15\_amas). Al unir las bases de datos de la ENDES 2021, 2022 y 2023 para el análisis, se ajustaron los factores de ponderación con el fin de mantener la representatividad de la muestra en el análisis conjunto y obtener resultados más precisos. Este ajuste asegura que cada año contribuya de manera equitativa al total de la muestra sin distorsionar las estimaciones. Luego, se seleccionó, a partir de la

fusión de bases de datos, la submuestra de mujeres entre 15-49 años que han tenido un hijo dentro del año anterior a la encuesta. En el análisis univariado, se evaluó la frecuencia de las variables de síntomas depresivos y de violencia, además de variables sociodemográficas, calculando prevalencias e intervalos de confianza. El análisis bivariado consistió en la comparación de las prevalencias de sintomatología depresiva y de violencia con cada factor sociodemográfico mediante tablas de doble entrada y pruebas de chi-cuadrado. Finalmente, el análisis multivariado consistió en evaluar la relación entre violencia de pareja y sintomatología depresiva postparto mediante modelos de regresión logística múltiple, calculando razones de ventaja (OR) ajustados y controlando los factores sociodemográficos. El procesamiento de datos se realizó con el módulo de muestras complejas en SPSS versión 25.

### **Aspectos éticos**

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La base de datos utilizada ya contaba con la aprobación del INEI del Perú y los participantes originales dieron su consentimiento informado, con los datos manteniéndose en anonimato. Dado que la base de datos es pública y anonimizada, no se requirió permiso adicional del INEI para su uso en este estudio.

#### **IV. RESULTADOS**

La muestra estuvo conformada por 5 903 mujeres peruanas – ENDES 2021 (1 991 mujeres), 2022 (1 959 mujeres) y 2023 (1 953 mujeres) – entre las edades de 15 a 49 años que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a las encuestas.

##### **Características sociodemográficas de la muestra**

La Tabla 01 muestra las características sociodemográficas de la muestra. Las edades de estas mujeres varían entre 15 y 49 años con una media de 29 años (DE:6,6); más del 80% tiene edades entre 20 y 39 años. El nivel educativo de la mayoría de las mujeres es secundario (49,68%) o superior (36,85%). El 65,29% de ellas tiene un conviviente y solo 17,14% está legalmente casada; además, el 11,54% no convive con su pareja o está divorciada. Asimismo, se observa que aproximadamente 6% de mujeres (301) nunca tuvo una pareja; esta proporción de mujeres no respondió a las preguntas sobre violencia de pareja (la ENDES no dirige las preguntas de violencia a este grupo de mujeres). No se encontraron mujeres viudas en nuestra submuestra. La distribución del índice de riqueza muestra que la proporción de mujeres con hogares muy ricos (13,61%) es la menor, mientras que la distribución en los demás grupos es similar y está alrededor del 20% (Tabla 01). Aproximadamente, el 90% de las mujeres entrevistadas residen en la zona urbana y poco más del 60% reside en la costa; de ellas, el 33,52% residen en Lima Metropolitana.

##### **Sintomatología depresiva postparto**

La prevalencia de sintomatología depresiva para los tres años en los 12 meses posteriores al parto fue de 6,32%, (IC95:5,40–7,40). De acuerdo con la Tabla 02,

esta prevalencia es mayor entre las mujeres de 20 años o menos (8,81%), en mujeres sin ningún nivel de instrucción (7,91%), en zona urbana (6,83%) y en Lima Metropolitana (7,74%). Según el índice de riqueza, la mayoría de las mujeres con síntomas depresivos son de hogares de clase media (7,71%) o ricos (7,63%). Con respecto al estado civil, se observa que las mujeres que no conviven con la pareja presentan una elevada prevalencia de sintomatología depresiva postparto (14,24%). De lo mencionado, las prevalencias significativamente más altas corresponden a mujeres no convivientes/divorciadas ( $p < 0,001$ ), residentes de zonas urbanas ( $p < 0,01$ ) y en Lima Metropolitana ( $p < 0,05$ ).

Asimismo, la Tabla 02 muestra la asociación entre sintomatología depresiva y factores sociodemográficos, controlando el efecto confusor de estos últimos. Se muestra que las mujeres casadas tienen un riesgo significativamente menor de presentar sintomatología depresiva postparto (ORAj:0,31; IC95:0,13–0,75) comparadas con las mujeres no casadas o no unidas. Por otro lado, se observa que las mujeres que viven en Lima Metropolitana (ORAj:1,88; IC95:1,12–3,16) y las que provienen de la región sierra (ORAj:1,70; IC95:1,13–2,56) presentan un riesgo significativamente mayor de presentar sintomatología depresiva postparto comparadas con las mujeres de la selva. Los demás factores sociodemográficos no se asocian significativamente con la sintomatología depresiva postparto.

En adición, se analizó la asociación entre el deseo de la última gestación y la presencia de síntomas depresivos dentro del primer año postparto. Según la Tabla 03, se puede observar que la prevalencia de sintomatología depresiva es significativamente mayor cuando la mujer no deseaba el último embarazo (9,51%; IC95:7,27–12,34). Además, se observa que este grupo de mujeres presenta un

riesgo significativo de desarrollar síntomas depresivos postparto (ORAj:2,01; IC95:1,3–3,09) cuando se ajustan factores sociodemográficos.

### **Violencia de pareja en el último año**

Con respecto a la violencia de pareja, se interrogó a las mujeres si habían sufrido algún tipo de violencia en los doce meses previos a la encuesta. Se encontró que el 19,23% de mujeres que respondieron a las preguntas de violencia sufrieron algún tipo de violencia; además, el 16,18% (IC95:14,75–17,71) sufrió violencia psicológica, el 8,17% (IC95:7,08–9,42) violencia física y el 1,54% (IC95:1,06–2,21) sufrió violencia sexual (Tabla 04). Adicionalmente, se indagó sobre la presencia de violencia física durante el embarazo, encontrándose una prevalencia de 2,27% (IC95:1,78–2,91).

En relación con el párrafo anterior, la Tabla 05 muestra la asociación entre cualquier tipo de violencia de pareja en los últimos doce meses y los factores sociodemográficos en mujeres dentro de su primer año postparto. Para todos los grupos de edad, poco menos del 25% de las mujeres que tuvieron un parto en los 12 meses anteriores sufrieron cualquier tipo de violencia por parte de la pareja. Asimismo, la mayor prevalencia de cualquier tipo de violencia se presenta en mujeres sin algún nivel de instrucción (25,33%), convivientes (51,48%), con índice de riqueza pobre (22,11%, aunque similar a los índices más pobres y medio), en zonas urbanas (19,38%) y en región sierra (21,43%). Existen diferencias significativas en las prevalencias de los grupos de nivel educativo ( $p < 0,05$ ), estados civiles ( $p < 0,001$ ) e índice de riqueza ( $p < 0,01$ ).



Adicionalmente, la Tabla 05 identifica factores sociodemográficos asociados con la presencia de cualquier tipo de violencia de pareja en los últimos 12 meses, ajustando el posible efecto confusor de los demás factores. Comparado con las mujeres que no viven con su pareja o están divorciadas, el riesgo de sufrir algún tipo de violencia de pareja es significativamente menor entre las mujeres casadas (ORaj:0,13; IC95:0,09–0,19) y convivientes (ORaj:0,19; IC95:0,14–0,25). Según el índice de riqueza, el riesgo de sufrir algún tipo de violencia de pareja es significativamente mayor en las mujeres de clase media (ORaj:1,78; IC95:1,02–3,119). No se observan asociaciones significativas según edad, nivel de instrucción, zona de residencia y región.

#### **Asociación entre sintomatología depresiva postparto y violencia de pareja**

La tabla 06 describe una prevalencia de sintomatología depresiva postparto del 16,47% en presencia de cualquier tipo de violencia de pareja en los últimos 12 meses, teniendo un *odds ratio* de 5,44 (IC95:3,79–7,79). El análisis de los subtipos de violencia muestra que la prevalencia de sintomatología depresiva es mayor cuando existe violencia psicológica (17,22%; IC95:13,88–21,15), habiendo un riesgo significativo (OR:5,24; IC95:3,68–7,47). Asimismo, se reportan prevalencias de 19,65% (IC95:14,65–25,85) en presencia de violencia física y de 18,70% (IC95:9,04–34,76) en presencia de violencia sexual. Estos últimos subtipos de violencia también presentan riesgo significativo de desarrollar síntomas depresivos, reportando un OR de 4,89 (IC95:3,24–7,39) y un OR de 3,75 (IC95:1,58–8,90), respectivamente. Además, se observa que en presencia de violencia física durante el embarazo la prevalencia de síntomas depresivos en el postparto es bastante elevada (21,48%), teniendo un riesgo significativamente

desarrollar síntomas depresivos en el posparto (OR:4,50; IC95:2,55–7,97); a pesar de la presencia de embarazo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa con el riesgo asociado a la violencia física sufrida en los últimos 12 meses.

Por último, se analizó la relación entre la sintomatología depresiva en los doce meses postparto y la violencia de pareja en el último año, controlando los factores sociodemográficos. Para ello, se realizaron varios modelos de regresión logística múltiple, ajustando cada uno de estos factores e incluyendo cada variable de violencia de forma individual. La Tabla 07 reporta que, en todos los modelos, la presencia de violencia de pareja está significativamente asociada con una mayor probabilidad de sintomatología depresiva postparto, destacando que las mujeres que experimentaron cualquier tipo de violencia tienen aproximadamente 4,53 veces más probabilidades de desarrollar sintomatología depresiva que no expuestas (ORaj: 4,53; IC 95%:2,99–6,88). Asimismo, la violencia psicológica y física mostraron asociaciones fuertes, con OR ajustados de 4,41 (IC95:2,91–6,88) y 3,95 (IC95:2,48–6,29), respectivamente, y ambos con valores p altamente significativos ( $<0,001$ ). Aunque la violencia sexual tuvo un efecto menor, la asociación sigue siendo significativa (ORaj:2,64; IC95:2,48–6,29;  $p=0,038$ ). Finalmente, se observó que la violencia física durante la gestación puede aumentar el riesgo de sintomatología depresiva postparto en más de 4 veces (ORaj:4,12; IC95:2,18–7,8;  $p < 0,001$ ).

## V. DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio actualizan y amplían la información existente sobre la problemática de la sintomatología depresiva postparto (SDP) y la violencia de pareja (VP) en nuestro país, aportando nuevos datos en un área con pocos estudios nacionales y evidencia limitada o desactualizada.

Nuestros resultados indican una prevalencia de SDP del 6,3% (IC95:5,4–7,4) en los 12 meses posteriores al parto. En comparación, la ENDES 2023 reporta una prevalencia de episodio depresivo del 5,2% en los últimos 14 días en mujeres de 15 años a más (42). Aunque la diferencia entre estas prevalencias es ligera y podría no ser estadísticamente significativa, existen factores a considerar. Ambos estudios emplearon el PHQ-9, lo que asegura cierta consistencia en la medición y permite una comparación más precisa. Sin embargo, nuestro análisis se enfoca en el primer año postparto, un periodo que, si bien puede contar con factores protectores como el apoyo familiar y social, y una experiencia positiva durante la gestación (43), conlleva a una vulnerabilidad acentuada por factores hormonales, emocionales y sociales (12,32,44). En cambio, la ENDES incluye una población más diversa, que abarca a mujeres menos susceptibles a la depresión postparto, como aquellas mayores o sin hijos recientes, lo que podría influir en la menor prevalencia observada.

Por otro lado, nuestra prevalencia es significativamente mayor a la prevalencia reportada por Mendoza (20) (4,3%; IC95:3,5–5,3) en su análisis de la ENDES 2017-2019 en puérperas en su primer año. Esta diferencia podría atribuirse a variaciones metodológicas, temporales o contextuales. En contraste, nuestra

prevalencia es ligeramente mayor a otros estudios de la ENDES 2021, como el de Limascca (45) (5,6%; IC95:4,8–6,5), en la misma población, y el de Fernández (46) (6,7%; IC95:5,0–8,8), en mujeres en etapa perinatal – aunque en ambos casos, la diferencia no sería estadísticamente significativa. Esta diferencia aparente con Limascca y Fernández podría sugerir una tendencia creciente de SDP, posiblemente influenciada por mejores tamizajes, dinámica migratoria, el impacto del estrés de la pandemia de COVID-19, etc. Es importante considerar este último factor al interpretar los resultados, pues el periodo estudiado comprende años de pandemia y postpandemia, lo cual pudo haber influido en los niveles de sintomatología depresiva observados, especialmente en mujeres en etapa periparto. Factores como el aislamiento social, la incertidumbre económica, la falta de apoyo familiar y social, junto con restricciones en el acceso a servicios de salud mental y perinatal, pudieron haber exacerbado la vulnerabilidad de las madres recientes (47,48).

Los análisis de las ENDES muestran prevalencias menores al rango mundial estimado (10-20%), contrastando con algunos estudios en Perú que reportan cifras de hasta 45% (13–16). Aunque diversos metaanálisis indican prevalencias acumuladas dentro del rango global, estas a menudo se sitúan en el límite superior o incluso lo superan, especialmente en revisiones de estudios de países en desarrollo (12,49–52), lo cual refuerza la afirmación de que la DPP es más común en estos países (9,10). Por ejemplo, el metaanálisis multicéntrico realizado por Hahn-Holbrook et al. (52) muestra una prevalencia acumulada del 17,7% (IC95:16,6–18,8), con una variabilidad notable entre países, siendo más bajas en algunos países desarrollados, como Singapur (3,0%; IC95:2,0–5,0) o Países Bajos

(8,0%; IC95: 7,0-9,0), y tendiendo a ser más altas en países en desarrollo, como Brasil (20%; IC95:19,0–20,0) o Chile (38,0%; IC95:35,0–41,0). Similarmente, estudios en África y Asia occidental presentan tendencias similares. Estas diferencias con nuestros hallazgos, los cuales se desvían de la tendencia de mayor prevalencia en países en desarrollo, pueden deberse a que los estudios referidos se realizan en instituciones especializadas o comunidades con poblaciones específicas y con períodos postparto variados (desde 6 semanas hasta 12 meses). Además, es relevante considerar el posible sesgo de deseabilidad social y el temor a la estigmatización en torno a problemas de salud mental, lo que podría contribuir al subreporte de síntomas depresivos en las encuestas, tal como lo señala el INEI en su informe de la ENDES (35). Por último, aunque el PHQ-9 no evalúa directamente la DPP, como sí lo hace la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE) utilizada en los estudios mencionados, varios autores sugieren que esta última no ha demostrado ser significativamente superior al PHQ-9 en términos diagnósticos (53,54).

Por otra parte, nuestros resultados indican una prevalencia de SDP significativamente mayor en mujeres no convivientes (14,2%;  $p < 0,005$ ), en zonas urbanas (6,8%;  $p = 0,003$ ) y en Lima metropolitana (7,7%;  $p = 0,047$ ), sin diferencias significativas según edad, educación o riqueza. Estos hallazgos son similares a otros análisis de las ENDES con poblaciones de estudio semejantes, como los de Mendoza (20) (mujeres solteras: 9,3%,  $p = 0,001$ ), Limascca (45) (zona urbana: 6,33%,  $p = 0,001$ ; no convivientes: 14,72%,  $p < 0,001$ ), Fernández (46) (mujeres separadas: 13,6%;  $p = 0,032$ ), y Meneses y Miguel (21) (zonas urbanas: 5,97%,  $p = 0,0182$ ; riqueza media: 8,17%,  $p = 0,0076$ ). Nuestros resultados confirman una

mayor prevalencia en mujeres solteras, o no convivientes, y en zonas urbanas. Sin embargo, diferimos al no encontrar asociación con el nivel de riqueza, como los estudios mencionados, y mostrar una mayor prevalencia en Lima Metropolitana, no reportada por los otros autores. Estas diferencias podrían deberse a factores sociodemográficos específicos estudiados que pueden influir en la variabilidad de los resultados entre diferentes regiones.

Asimismo, los resultados del estudio indican que estar casada actúa como factor protector frente al desarrollo de SDP (ORAj:0,31; IC95:0,13–0,75) en comparación con las mujeres separadas o divorciadas, lo cual es consistente con investigaciones previas sobre la influencia del estado civil en la DPP. En Perú, estudios basados en la ENDES también respaldan estos hallazgos. Mendoza (20) (ENDES 2017-2019) encontró que las mujeres solteras presentan casi el doble de probabilidad (RPAj:1,97; IC95:1,11–3,51) de desarrollar SDP en comparación con las casadas. Limascca (45) y Fernández (46) encontraron que las mujeres solteras o no convivientes tienen un riesgo de 2,26 y 3,87 veces mayor de presentar SDP, respectivamente. De manera similar, un estudio en Cariacica, Brasil, mostró que las mujeres solteras y en relaciones de noviazgo tienen un 75% más de probabilidad de experimentar SDP (OR:1,75; IC95:1,17–2,64) en comparación con las casadas (55). El apoyo de la pareja, aspecto clave en la salud mental postparto, pueden explicar estos hallazgos. Edwards et al. (56) encontraron que una reducción en el apoyo social de la pareja se asocia con un aumento significativo en SDP, mientras que un estudio en Etiopía mostró que el bajo involucramiento del esposo en los servicios de salud materna aumenta el riesgo de depresión postparto (OR:2,34) (32).

En adición, en nuestro estudio, se observa que residir en Lima Metropolitana (ORAJ:1,88; IC95:1,12–3,16) y en la región sierra (ORAJ:1,70; IC95:1,13–2,56) están asociados con un mayor riesgo de desarrollar SDP, asociaciones que no han sido ampliamente reportadas en estudios previos. Hernández et al. (57) encontraron que residentes de la región andina tienen una probabilidad 1,75 veces mayor de experimentar SDP, mientras que el riesgo asociado a residir en Lima Metropolitana no fue estadísticamente significativo. Meneses y Miguel (21) apoyan nuestros resultados al identificar que vivir en zonas rurales (RP:0,63; IC95:0,43–0,93) actúa como un factor protector frente a los SDP en comparación con residir en áreas urbanas. Aunque estas relaciones no son completamente similares, estos hallazgos sugieren que, a pesar de las diferencias en contextos y muestras, existe una tendencia que apunta a un mayor riesgo de depresión en estas regiones específicas. Así, nuestros hallazgos respaldan parcialmente investigaciones previas y destacan la influencia de factores regionales en la salud mental, subrayando la necesidad de considerar el contexto geográfico en la evaluación y prevención de la depresión.

Con respecto a la relación entre el deseo de la última gestación y la presencia de SDP, nuestros hallazgos indican que las mujeres que no deseaban el último embarazo presentaron una mayor prevalencia de SDP, alcanzando el 9,51% ( $p < 0,005$ ). En contraste, aquellas que deseaban otro embarazo, pero preferían retrasarlo, mostraron una prevalencia del 7,02% ( $p < 0,005$ ). Estudios, como los de Limascca (45) y el de Meneses (21), reportan una prevalencia de 6,83% ( $p = 0,21$ ) y 8,54% ( $p < 0,005$ ), respectivamente, en mujeres que no deseaban más embarazos, hallazgos con mínima diferencia comparado con nuestros resultados. Al ajustar las variables sociodemográficas, se observó que las mujeres que no deseaban su último

embarazo tenían el doble de riesgo de desarrollar SDP (ORAj:2,01, IC95:1,30–3,09) en comparación con aquellas deseaban tenerlo. Aunque no se encontraron estudios exactos sobre el deseo de gestación, literatura sobre deseo de aborto y embarazo no planificado ofrece perspectivas relevantes. Santos et al. (55) reportaron que las mujeres que deseaban abortar presentaban casi el doble de posibilidad de desarrollar SDP (ORAj:1,96; IC95:1,50–2,56) en comparación con aquellas que no deseaban abortar. Además, un estudio comunitario en Nekemte, Etiopía, también reporta una asociación significativa entre los embarazos no planificados y la SDP (ORAj:7,84; IC95:3,19–19,26) (30), mientras que Kebede et al. (32) encontraron una asociación menor (ORAj:3,16; IC95:1,77–5,62), pero aún significativa. En nuestro país, nuestros resultados se alinean con los hallazgos de Meneses y Miguel (21), quienes encontraron que las mujeres que no deseaban más embarazos tenían un mayor riesgo de presentar SDP (RP:1,96; IC95:1,26–3,03) en comparación con aquellas que deseaban gestar en ese momento. Estos hallazgos destacan la alta vulnerabilidad de mujeres con embarazos no deseados o no planificados, lo que enfatiza la necesidad de implementar intervenciones que brinden apoyo emocional y psicológico en este grupo de mujeres.

En cuanto a la VP, nuestros resultados reportan que 1 de cada 5 puérperas en su primer año han sufrido algún tipo de VP en los últimos 12 meses (19,2%; IC95:17,7–20,9), siendo la violencia psicológica la más frecuente (16,18%; IC95:14,75–17,71), seguido de la violencia física (8,17%; IC95:7,08–9,42%) y la violencia sexual (1,54%, IC95:1,06–2,21). A nivel nacional, la ENDES 2023 reporta una prevalencia de cualquier tipo de VP del 34,5% (IC95: 33,2–35,8) en los últimos 12 meses en mujeres peruanas de 15 a 49 años (26), un porcentaje



significativamente mayor a nuestra prevalencia reportada, lo cual podría explicarse por las distintas muestras analizadas. Aun así, nuestra prevalencia no es despreciable y sugiere que la violencia es una constante para mujeres de 15 a 49 años, incluso en el periodo periparto. En contraste, nuestros hallazgos son similares a otros estudios de la ENDES, como Limascca (45) (20,84%; IC95:19,41–22,35), y Fernández (46) (24,8%; IC95:21,9–27,9), reportando este último a la violencia física menos severa como la más común (18,9%, IC95:16,3–21,7). Meneses y Miguel (21), por su parte, informaron que el 23,95% (IC95: 22,2–25,8) de puérperas sufrió VP, siendo la violencia física la más frecuente (18,59%; IC95:17,01–20,2). Nuestra prevalencia reportada es ligeramente menor, posiblemente porque Fernández incluyó mujeres en etapa perinatal, y Meneses y Miguel, a puérperas hasta los seis meses, lo que pudo aumentar sus prevalencias. Además, nuestros resultados destacan a la violencia psicológica como la más común, en línea con el informe más reciente de la ENDES (26), con otros estudios internacionales y con estimaciones globales de la OMS (58). Estos datos subrayan que, aunque la violencia física y sexual son graves, la violencia psicológica, por su naturaleza más sutil y constante, es un problema de mayor prevalencia tanto a nivel nacional como internacional.

En relación con el análisis de la asociación entre VP en los últimos doce meses y factores sociodemográficos, encontramos una prevalencia de cualquier tipo de VP significativamente mayor en mujeres sin educación (25,33%;  $p < 0,05$ ), convivientes (51,48%;  $p < 0,001$ ) y con un índice de riqueza pobre (22,11%;  $p < 0,01$ ), sin diferencias significativas según la edad, zona de residencia y región natural. Estos hallazgos coinciden con los de Lazarte (59) (ENDES 2018), quien

también reporta una alta prevalencia en mujeres convivientes (52,2%;  $p<0,001$ ), con educación secundaria (45,1%;  $p<0,001$ ) y en situación de pobreza (45,9%;  $p<0,001$ ). Berrocal (60) (ENDES 2019) también confirma mayores prevalencias en mujeres convivientes (28,8%;  $p<0,001$ ), con educación secundaria (23,24%;  $p<0,001$ ) y en la región costa. A pesar de algunas diferencias – que pueden deberse a diferencias en los años de evaluación y en la población estudiada – coinciden en que un nivel educativo más bajo y la pobreza están fuertemente asociadas a sufrir mayor VP. Por otra parte, en nuestro análisis multivariado, encontramos un riesgo significativo de sufrir violencia en mujeres de clase media (ORAj:1,78; IC95:1,02–3,11), en contraste con las mujeres casadas (ORAj:0,13; IC95:0,09–0,19) y convivientes (ORAj:0,19; IC95:0,14–0,25), los cuales mostraron ser posibles factores protectores respecto a mujeres separadas. Estos hallazgos son similares al estudio de Pérez (61), quien reporta que estar casada (RPAj:0,53; IC95:0,51–0,56) y convivir con la pareja (RPAj:0,63; IC95:0,61–0,65) son posibles factores protectores en comparación con las no convivientes. No obstante, Pérez encuentra mayor riesgo en mujeres pobres, con menor educación, en áreas urbanas y en la región sierra. Por otro lado, a nivel internacional, se describen factores de riesgo similares. Gunarathne et al. (62) reportaron como factores de riesgo importantes un nivel educativo bajo, índices de riquezas bajos, residir en áreas urbanas, etc. Estos resultados coinciden con lo reportado por la OMS (58). Nuestros hallazgos refuerzan esta evidencia, alineándose con los factores mencionados en dichos estudios.

Respecto a la asociación entre SDP y VP, los resultados muestran que la prevalencia de SDP es del 16,47% (IC95:13,37–20,12;  $p<0,001$ ) en mujeres que

experimentaron VP en los últimos doce meses, siendo más alta en quienes experimentaron violencia física (19,65%; IC95:14,65–25,85). En comparación, la ENDES 2023 reportó una prevalencia del 5,2% de episodio depresivo en mujeres de 15 años o más. Esta gran diferencia sugiere que la sintomatología depresiva es más común en mujeres víctimas de violencia y que la etapa postparto puede incluir factores de riesgo adicionales para SDP. Silva (63) (ENDES 2014-2016) reportó una prevalencia de sintomatología depresiva del 3,46% ( $p<0,001$ ) en mujeres entre 15 y 49 años víctimas de cualquier tipo de violencia. Esto sugiere que las puérperas presentan una vulnerabilidad mayor en comparación con la población general, posiblemente debido a factores biológicos, emocionales y sociales que influyen en su salud mental. Por otro lado, nuestros hallazgos son consistentes con el estudio de Fernández (46) quien reporta una prevalencia de depresión perinatal del 13,4% ( $p<0,001$ ) en mujeres que sufrieron violencia conyugal y un 26,4% para casos de violencia física severa. Meneses y Miguel (21) también reportaron una prevalencia de 10,51% ( $p<0,001$ ). Además, nuestros resultados destacan que el riesgo de desarrollar SDP en presencia de violencia física (OR: 3,75; IC95: 1,58–8,90) no varía significativamente si esta ocurre durante el embarazo (OR: 4,5; IC95: 2,55–7,97), lo que indica que el riesgo se mantiene elevado independientemente del momento de la violencia.

Si bien existen diferencias en la prevalencia de SDP en presencia de VP entre nuestros resultados y los estudios mencionados – posiblemente explicadas por diferentes períodos de estudio, cambios sociales como los efectos de la pandemia de COVID-19, mejoras en la recolección de datos, o una mayor disposición de las mujeres a reportar experiencias de violencia debido a una creciente conciencia y

sensibilidad social –, la asociación robusta, consistente y significativa entre VP y SDP refuerza la importancia de abordar la VP de manera integral dentro de las políticas de salud pública en Perú.

Finalmente, se analizó la asociación entre la SDP y los subtipos de VP, ajustando los factores sociodemográficos. Se encontraron asociaciones más altas con violencia psicológica (ORAj:4,41; IC95:2,91–6,68), la violencia física durante la gestación (ORAj:4,12; IC95:2,18–7,80) y la violencia física (ORAj:3,95; IC95:2,48–6,68). En contraste, Meneses y Miguel (21) encontraron una asociación mayor con la violencia sexual (RPAj: 4,14; IC95: 2,52–6,81), aunque coinciden en que las mujeres víctimas de violencia física y psicológica tienen el doble de probabilidad de presentar DPP. A nivel internacional, Edwards et al. (56), en su metaanálisis, documentaron que violencia durante el embarazo o en los 12 meses previos se asocia con riesgo significativamente mayor de DPP (valor de correlación: 0,3). De manera similar, en África, Gebrekristos et al. (64) revelaron un riesgo significativo de DPP (RR:1,62; IC95:1,06–2,49) en presencia de VP durante la gestación, mientras que Kebede et al. (32) encontraron una relación similar en Etiopía (ORAj: 3,13). En Bangladesh, Tasnim et al. (31) reportaron que la violencia física (ORAj:2,25) y emocional (ORAj:2,07) se asocian con un riesgo aumentado de DPP; sin embargo, la violencia sexual no mostró una asociación significativa. Estos resultados corroboran y refuerzan las asociaciones observadas en nuestro estudio, además de subrayar la importancia de considerar tanto la violencia psicológica como la física al evaluar el riesgo de DPP.

En resumen, nuestros hallazgos destacan que la violencia psicológica y física, incluida durante la gestación, son factores de riesgo significativos para la SDP, mientras que la violencia sexual mostró una asociación menor, pero aún significativa. Estos resultados son consistentes con la evidencia existente en la literatura y subrayan la necesidad de implementar intervenciones integrales que aborden tanto la violencia de pareja como el apoyo psicológico. Es fundamental mejorar el apoyo social y abordar los factores de violencia de pareja para prevenir y gestionar de manera efectiva la DPP. La acumulación de evidencia sugiere que una estrategia multidimensional que incluya el abordaje de la VP y el fortalecimiento del apoyo psicológico puede ser esencial para reducir el riesgo de DPP y mejorar el bienestar de las mujeres en el período posnatal.

## **LIMITACIONES**

Entre las limitaciones de este estudio, se destaca el uso de datos secundarios provenientes de las ENDES, lo que restringe el análisis solo a las variables disponibles en esta fuente. Asimismo, la evaluación de la sintomatología depresiva se realizó mediante el PHQ-9, un instrumento validado y de uso extendido, pero no específico para la depresión postparto, lo cual podría generar un sesgo de medición. Aunque el PHQ-9 proporciona información valiosa sobre síntomas depresivos, no se ajusta completamente a los criterios del CIE-10 o DSM-5, lo que podría sobreestimar la prevalencia en comparación con evaluaciones clínicas más precisas.

Por otro lado, la información sobre los síntomas depresivos y la violencia de pareja se basa en autoinformes, lo que puede estar sujeto a sesgos de recuerdo y

subreportes debido a sesgos de deseabilidad y estigma sociales. La falta de datos sobre el momento exacto de la violencia limita la capacidad de establecer una relación temporal precisa entre la exposición y el desarrollo de síntomas depresivos. Además, las mujeres nunca unidas no responden a las preguntas de violencia, lo que no excluye que no hayan sido víctimas de violencia y puede generar un sesgo en los resultados. Finalmente, factores no medidos como el apoyo social, eventos estresantes recientes o comorbilidades psiquiátricas podrían actuar como confusores no controlados en la asociación observada.

## VI. CONCLUSIONES

- La prevalencia de sintomatología depresiva postparto en Perú es del 6,32%, siendo mayor en mujeres no convivientes y en Lima Metropolitana.
- Mujeres casadas presentan una menor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos postparto (ORAJ:0,31), mientras que residir en Lima Metropolitana (ORAJ:1,88) o en la región sierra (ORAJ:1,70) pueden aumentar el riesgo.
- Las mujeres que no deseaban la gestación tienen el doble de riesgo de presentar sintomatología depresiva postparto (ORAJ:2,01) comparadas con las mujeres que sí deseaban el último embarazo.
- La violencia de pareja afecta al 19,23% de puérperas en su primer año, siendo la violencia psicológica la más común.
- Existen riesgos significativos de desarrollar sintomatología depresiva postparto en mujeres que sufrieron violencia de pareja o cualquiera de sus subtipos, incluso controlando factores sociodemográficos.
- La asociación entre violencia de pareja y sintomatología depresiva postparto resalta la necesidad de intervenciones integrales y programas de apoyo psicológico para mujeres postparto.
- Las limitaciones incluyen el uso de datos secundarios, posibles sesgos de medición y falta de precisión en el tiempo de ocurrencia de la violencia.

## RECOMENDACIONES

1. Los resultados de este estudio aportan evidencia sólida para orientar tanto la práctica clínica como las políticas públicas. La relación entre violencia de pareja y depresión postparto, poco abordada en la literatura nacional, debe ser un foco prioritario en la agenda de salud pública. Es fundamental que se implementen políticas que integren el tamizaje sistemático de la violencia de pareja en los controles postparto y ofrezcan intervenciones psicológicas oportunas para las mujeres afectadas. Además, estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar estrategias que promuevan relaciones de pareja saludables y reduzcan el estigma en torno a la depresión postparto.
2. Para investigación futura, se recomienda profundizar en las diferencias geográficas, tanto regionales como urbano-rurales, en la prevalencia de violencia y depresión postparto. Estudios longitudinales serían esenciales para comprender mejor cómo la violencia afecta la evolución de la depresión a lo largo del tiempo. Asimismo, resulta clave evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a reducir la violencia de pareja y explorar el papel del apoyo social y las redes comunitarias en la protección de la salud mental de las mujeres en el periodo postparto.



## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013 [citado 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE-10 [Internet]. 10.<sup>a</sup> ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
5. Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>.
6. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot.* 2017; 6:60. doi:10.4103/jehp.jehp\_9\_16.

7. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96-108. doi: 10.1111/jmwh.13067.
8. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(9):468. doi: 10.1007/s11920-014-0468-6.
9. Shidhaye P. Maternal depression: A hidden burden in developing countries. *Ann Med Health Sci Res*. 2014;4(4):463. doi: 10.4103/2141-9248.139268.
10. Hanlon C. Maternal depression in low- and middle-income countries. *Int Health*. 2013;5(1):4-5. doi: 10.1093/inthealth/ihs003.
11. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139-149H. doi: 10.2471/BLT.11.091850.
12. Dadi AF, Akalu TY, Baraki AG, Wolde HF. Epidemiology of postnatal depression and its associated factors in Africa: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2020;15(4):e0231940. doi: 10.1371/journal.pone.0231940.
13. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Medica Hered*. 2018;29(4):226-31. doi: 10.20453/rmh.v29i4.3447.
14. Zeballos Gonzales EP, Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia Á, Rivera R, Luna Condori M. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2020;46(1):e502.
15. Campos E. Nivel de Depresión Postparto en Púerperas Atendidas en el Hospital

- Nacional Dos de Mayo de Lima – Perú, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
16. Bendezu Silvera M. Factores de Riesgo de Depresión Postparto en Púérperas del Hospital de Baja Complejidad Vitarte Octubre - Diciembre 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2019. Disponible en:  
[https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2986/UNFV\\_SILVERA\\_BENDEZU\\_MILUSKA\\_ZOLINDA\\_CATALINA\\_TITULO\\_PROFESIONAL\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2986/UNFV_SILVERA_BENDEZU_MILUSKA_ZOLINDA_CATALINA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
  17. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. *Rev Medica Hered.* 2018;29(4):207-10.
  18. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalence and risk factors for depression in postpartum women. *Actas Esp Psiquiatr [Internet]*. 1999 [citado 5 de octubre de 2024];27(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10545660/>.
  19. Pizarro Matos CJ. Factores Asociados a la Depresión Postparto: Análisis Secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3002/CPIZARRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  20. Mendoza Roja CA. Factores Asociados a Síntomas Depresivos en Mujeres de 15 a 49 Años Dentro del Primer Año Postparto. ENDES 2017 – 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5065>.

21. Meneses Bernal J, Miguel Corzo AR. Asociación Entre Violencia Doméstica y Síntomas de Depresión en la Madre de Niño Lactante entre los 0 a 6 Meses de Edad: un Estudio Secundario de la ENDES 2014-20 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2022. Disponible en: [https://upc.aws.openrepository.com/bitstream/handle/10757/667327/Meneses\\_BJ.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://upc.aws.openrepository.com/bitstream/handle/10757/667327/Meneses_BJ.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
22. Çankaya S. The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: A prospective study. Arch Psychiatr Nurs. 2020;176-83. doi: 10.1016/j.apnu.2020.04.007
23. Della Corte L, La Rosa VL, Cassinese E, Ciebiera M, Zaręba K, De Rosa N, et al. Prevalence and associated psychological risk factors of postpartum depression: a cross-sectional study. J Obstet Gynaecol. 2022;42(5):976-80. doi: 10.1080/01443615.2021.1980512.
24. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>.
25. Organización de las Naciones Unidas. Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven | Noticias ONU [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2021 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489292>.

26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Capítulo 11: Violencia contra las mujeres, niñas y niños. En: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, Nacional y Departamental [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf).
27. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2012;75(6):959-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.025.
28. 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.* 2018;8(7):e019995. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019995.
29. Wei X, Wang W, Law YW, Zhang H. The Impacts of Intimate Partner Violence on Postpartum Depression: An Updated Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2024;25(2):1531-50. doi:10.1177/15248380231188068.
30. Abadiga M. Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. *PloS One.* 2019;14(11):e0224792. doi: 10.1371/journal.pone.0224792.
31. Tasnim F, Rahman M, Islam MdM, Hasan M, Mostofa MdG, Rahman MdM. Exposure to domestic violence and the risk of developing depression within

- 6 months postpartum in Bangladesh. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56(7):1189-200. doi: 10.1007/s00127-020-01998-3.
32. Kebede AA, Gessesse DN, Aklil MB, Temesgan WZ, Abegaz MY, Anteneh TA, et al. Low husband involvement in maternal and child health services and intimate partner violence increases the odds of postpartum depression in northwest Ethiopia: A community-based study. *PLOS ONE.* 2022;17(10):e0276809. doi: 10.1371/journal.pone.0276809.
33. Tho Nhi T, Hanh NTT, Hinh ND, Toan NV, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam: A Longitudinal Study. *BioMed Res Int.* 2019;2019:4717485. doi: 10.1155/2019/4717485.
34. Ashenafi W, Mengistie B, Egata G, Berhane Y. The role of intimate partner violence victimization during pregnancy on maternal postpartum depression in Eastern Ethiopia. *SAGE Open Med.* 2021;9:2050312121989493. doi:10.1177/2050312121989493.
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, Nacional y Departamental [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf).
36. Congreso de la República del Perú. Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar [Internet]. Lima: Congreso de la República del Perú; 2016 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp->

content/uploads/2019/02/Ley3036\_erradicarviolencia.pdf.

37. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja [Internet]. Resolución Ministerial N° 670-2021-MINSA. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2018 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1940478-670-2021-minsa>.
38. Congreso de la República del Perú. Ley de Salud Mental. Ley No. 30947 [Internet]. Lima: Congreso de la República del Perú; 2019 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf?v=1608073034>.
39. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2016. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm\\_827-2013-minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf).
40. 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 Publica*. 2012;29(4):578-578.
41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2023 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de

- Estadística e Informática; 2024 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601760-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2023>.
43. Huang Y, Liu Y, Wang Y, Liu D. Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):151. doi:10.1186/s12888-021-03155-9.
44. Dadi AF, Miller ER, Mwanri L. Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2020;15(1):e0227323. doi:10.1371/journal.pone.0227323.
45. Limascca Gutierrez ND. Factores Asociados a Sintomatología de Depresión Postparto en Puérperas de Edad Fértil en el Perú: Subanálisis de la ENDES 2021 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023. Disponible en: [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7897/UNFV\\_FMHU\\_Limascca\\_Gutierrez\\_Nataly\\_Deisi\\_Titulo\\_profesional\\_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7897/UNFV_FMHU_Limascca_Gutierrez_Nataly_Deisi_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
46. Fernández Ordoñez FM. Violencia Conyugal y Depresión Perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2021 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/92ad051e-907d-479b-8362-ff3deb08b9e7/content>.
47. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during



- the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2020;277:5-13. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.126.
48. Thibaut F, van Wijngaarden-Cremers PJM. Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic. *Front Glob Womens Health.* 2020;1:588372. doi: 10.3389/fgwh.2020.588372.
49. Upadhyay RP, Chowdhury R, Aslyeh Salehi, Sarkar K, Singh SK, Sinha B, et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2017;95(10):706-717C. doi: 10.2471/BLT.17.192237.
50. Desta M, Memiah P, Kassie B, Ketema DB, Amha H, Getaneh T, et al. Postpartum depression and its association with intimate partner violence and inadequate social support in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;279:737-48. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.053.
51. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2021;31(19-20):2665-77. doi: 10.1111/jocn.16121.
52. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry.* 2018;8:248. doi: 10.3389/fpsy.2017.00248.
53. Park SH, Kim JI. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2023;307(5):1331-45. doi: 10.1007/s00404-022-06525-0.

54. Wang L, Kroenke K, Stump TE, Monahan PO. Screening for Perinatal Depression with the Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9): A Systematic Review and Meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;68:74-82. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.12.007.
55. Santos DF, Silva R de P, Tavares FL, Primo CC, Maciel PMA, Souza RS de, et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2021;30:e20201064. doi: 10.1590/S1679-49742021000400002.
56. Edwards LM, Le HN, Garnier-Villarreal M. A Systematic Review and Meta-Analysis of Risk Factors for Postpartum Depression Among Latinas. *Matern Child Health J*. 2021;25(4):554-564. doi: 10.1007/s10995-020-03104-0.
57. 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*. 2020;273:291-297.
58. Organización Mundial de la Salud. Estudio Multipaíses de la OMS Sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica Contra la Mujer: Resultados de Estudios en Diez Países. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
59. Lazarte Rojas MS. Factores Sociodemográficos Asociados a la Violencia de la Pareja Contra la Mujer en el Perú, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar - ENDES, 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/a6d1bbac-dc54-46b8-b998-5bdb13431925/content>.

60. Berrocal Mezarina AG. Características Sociodemográficas y Gineco-obstétricas de las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica en el Perú según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/16190c25-7b37-4f2b-ba14-1dfe27aab5e3/content>.
61. Perez Yari LF. Factores Sociodemográficos Asociados a Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar en el Perú Durante el Año 2021 Según ENDES [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2024. Disponible en: [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/7318/T030\\_73987492\\_T%20PEREZ%20YARI%2c%20LUIS%20FERNANDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/7318/T030_73987492_T%20PEREZ%20YARI%2c%20LUIS%20FERNANDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
62. Gunarathne L, Bhowmik J, Apputhurai P, Nedeljkovic M. Factors and consequences associated with intimate partner violence against women in low- and middle-income countries: A systematic review. PLOS ONE. 2023;18(11):e0293295. doi: 10.1371/journal.pone.0293295.
63. Silva Burga A. Asociación entre violencia de pareja y síntomas depresivos en mujeres de 15-45 años en el Perú. Un Sub-análisis de la ENDES 2014-2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2020. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/648828>.
64. Gebrekristos LT, Groves AK, McNaughton Reyes L, Moodley D, Beksinska M, Maman S. Intimate partner violence victimization during pregnancy increases risk of postpartum depression among urban adolescent mothers in South Africa. *Reprod Health*. 2023;20:68. doi: 10.1186/s12978-023-01605-z.

## VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

**Tabla 01.** Características demográficas y socioeconómicas de mujeres de 15 a 49 años dentro de los 12 meses posparto.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Número de mujeres</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Grupo de edad</b>			
Menos de 20	428	10,05	8,81 - 11,45
20 - 29	2601	43,45	41,52 - 45,40
30 - 39	2490	38,36	36,54 - 40,22
40 - 49	384	8,13	7,10 - 9,31
<b>Nivel educativo</b>			
Sin educación	55	0,57	0,41 - 0,81
Primario	939	12,89	11,81 - 14,06
Secundario	3003	49,68	47,69 - 51,67
Superior	1906	36,85	34,98 - 38,76
<b>Estado civil actual <sup>1</sup></b>			
Nunca unida	301	6,03	5,13 - 7,07
Casada	953	17,14	15,71 - 18,66
Conviviente no casada	3939	65,29	63,45 - 67,09
No conviviente/Divorciada	710	11,54	10,35 - 12,86
<b>Índice de riqueza</b>			
El más pobre	1965	21,18	20,04 - 22,37
Pobre	1663	24,48	22,94 - 26,09
Medio	1117	21,12	19,55 - 22,79
Rico	725	19,6	17,92 - 21,40
Más rico	433	13,61	12,15 - 15,22
<b>Área de residencia</b>			
Urbano	3897	79,9	78,87 - 80,90
Rural	2006	20,1	19,10 - 21,13
<b>Región natural</b>			
Lima Metropolitana	612	33,52	31,92 - 35,14
Resto Costa	1676	27,22	25,88 - 28,59
Sierra	2072	24,53	23,20 - 25,90
Selva	1543	14,74	13,83 - 15,70

IC: Intervalo de confianza.

<sup>1</sup> En nuestra submuestra, no se identificaron mujeres con estado civil de viudez.

**Tabla 02.** Sintomatología depresiva en mujeres entre 15 a 49 años que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a la encuesta según factores sociodemográficos. Prevalencias, asociaciones bivariadas y regresión logística múltiple.

Factores sociodemográficos	Sintomatología depresiva									
	N°	Prevalencia (%)	IC 95%	p valor <sup>1</sup>	Modelo simple			Regresión múltiple		
					OR	IC 95%	p valor <sup>2</sup>	ORAj	IC 95%	p valor <sup>3</sup>
<b>Edad</b>										
Menos de 20	24	8,81	5,10 - 14,78	0,463	1,74	0,80 - 3,82	0,390	1,74	0,73 - 4,14	0,211
20 - 29	122	6,06	4,66 - 7,85		1,16	0,64 - 2,10	0,109	1,16	0,59 - 2,28	0,663
30 -39	144	6,20	4,94 - 7,75		1,19	0,67 - 2,13	0,353	1,35	0,71 - 2,59	0,363
40 -49	22	5,25	6,19 - 8,53		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
<b>Nivel educativo</b>										
Sin educación	2	7,91	1,28 - 36,23	0,085	1,44	0,213 - 9,70	0,710	1,77	0,23 - 13,85	0,588
Primaria	36	4,07	2,67 - 6,13		0,708	0,42 - 1,20	0,199	0,78	0,43 - 1,43	0,427
Secundaria	178	7,40	5,95 - 9,16		1,34	0,92 - 1,95	0,134	1,18	0,78 - 1,79	0,426
Superior	96	5,64	4,27 - 7,42		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
<b>Estado civil</b>										
Casada	26	2,43	1,48 - 3,97	<0,001	0,26	0,11 - 0,64	<b>0,003</b>	0,31	0,13 - 0,75	<b>0,009</b>
Conviviente no casada	192	5,74	4,71 - 6,96		0,65	0,30 - 1,37	0,252	0,70	0,34- 1,43	0,330
No conviviente/Divorciada	76	14,24	10,16 - 19,59		1,76	0,78 - 3,98	0,175	1,88	0,83- 4,22	0,128
Nunca unida	18	8,62	4,39 - 16,26		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.

**Tabla 02.** (Continuación)

Factores sociodemográficos	Sintomatología depresiva									
	Nº	Prevalencia (%)	IC 95%	p valor <sup>1</sup>	Modelo simple			Regresión múltiple		
					OR	IC 95%	p valor <sup>2</sup>	ORAj	IC 95%	p valor <sup>3</sup>
<b>Índice de riqueza del hogar</b>										
El más pobre	83	4,62	3,51 - 6,04		1,15	0,61 - 2,17	0,671	1,31	0,58 - 2,92	0,517
Pobre	95	6,83	5,16 - 8,99		1,74	0,91 - 3,30	0,092	1,51	0,73 - 3,13	0,267
Medio	76	7,71	5,60 - 10,53	0,076	1,98	1,02 - 3,84	<b>0,043</b>	1,72	0,85 - 3,47	0,130
Rico	34	7,63	5,04 - 11,38		1,95	0,95 - 4,04	0,070	1,65	0,81 - 3,35	0,169
Muy rico	24	4,05	2,33 - 6,94		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
<b>Zona de residencia</b>										
Urbano	227	6,83	5,71 - 8,15	<b>0,003</b>	1,63	1,16 - 2,32	<b>0,005</b>	1,29	0,82 - 2,04	0,273
Rural	85	4,30	3,27 - 5,65		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
<b>Región natural</b>										
Lima Metropolitana	47	7,74	5,61 - 10,60		2,04	1,28 - 3,24	<b>0,003</b>	1,88	1,12 - 3,16	<b>0,017</b>
Resto de costa	90	6,05	4,67 - 7,81		1,57	1,04 - 2,37	<b>0,033</b>	1,48	0,94 - 2,32	0,091
Sierra	113	6,11	4,91 - 7,58	<b>0,047</b>	1,58	1,07 - 2,33	<b>0,021</b>	1,70	1,13 - 2,56	<b>0,011</b>
Selva	62	3,95	2,93 - 5,31		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.

IC: Intervalo de confianza. OR: *Odds ratios*. ORAj: *Odds ratios* ajustados a factores sociodemográficos. Ref.: Referencia.

Valores resaltados en negrita significan p-valor < 0,05.

<sup>1</sup> Prueba de independencia con muestras complejas.

<sup>2</sup> Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística simple con muestras complejas.

<sup>3</sup> Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística múltiple con muestras complejas.

**Tabla 03.** Sintomatología depresiva en los doce meses posteriores al parto y deseo de la última gestación en mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a la encuesta, controlando factores sociodemográficos.

Deseo de última gestación	Sintomatología depresiva									
	Prevalencia		IC 95%	p valor <sup>1</sup>	Modelo simple			Regresión múltiple		
	n	%			OR	IC 95%	p valor <sup>2</sup>	ORAj	IC 95%	p valor <sup>3</sup>
No quería más gestaciones	102	9,51	7,27 - 12,34		2,16	1,44 - 3,23	<b>0,002</b>	2,01	1,30 - 3,09	<b>0,002</b>
Quería esperar más	92	7,02	5,19 - 9,43	<b>0,002</b>	1,55	1,02 - 2,36	<b>&lt;0,001</b>	1,22	0,80 - 1,87	0,361
Quería gestar en ese entonces	113	4,64	3,59 - 5,99		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.

IC: Intervalo de confianza. OR: *Odds ratios*. ORAj: *Odds ratios* ajustados a factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, índice de riqueza, zona de residencia y región natural). Ref.: Referencia.

Valores resaltados en negrita significan p-valor < 0,05.

<sup>1</sup> Prueba de independencia con muestras complejas.

<sup>2</sup> Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística simple con muestras complejas.

<sup>3</sup> Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística múltiple con muestras complejas.

**Tabla 04.** Prevalencia de violencia de pareja en los últimos doce meses y sus subtipos de violencia psicológica, física y sexual en mujeres entre 15 a 49 años, que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a la encuesta.

<b>Violencia de pareja en los últimos doce meses</b>	<b>Muestra</b>	<b>N° de casos</b>	<b>Prevalencia (%) *</b>	<b>IC 95%</b>
Cualquier tipo de violencia de pareja	5163	1035	19,23	17,68 - 20,88
Violencia psicológica	5155	889	16,18	14,75 - 17,71
Violencia física	5214	423	8,17	7,08 - 9,42
Violencia sexual	5214	77	1,54	1,06 - 2,21
Violencia física durante el embarazo	5453	136	2,27	1,78 – 2,91

IC: Intervalo de confianza.

\* Porcentajes e intervalos de confianza con muestras complejas.



**Tabla 05.** Violencia de pareja en los últimos doce meses en mujeres entre 15 a 49 años que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a la encuesta según factores sociodemográficos. Prevalencias, asociaciones bivariadas y regresión logística múltiple.

Factores sociodemográficos	Violencia de pareja en los últimos doce meses									
	N°	Prevalencia (%)	IC 95%	p valor <sup>1</sup>	Modelo simple			Regresión múltiple		
					OR	IC 95%	p valor <sup>2</sup>	ORAj	IC 95%	p valor <sup>3</sup>
<b>Edad</b>										
Menos de 20	50	19,01	13,35 -26,35	0,385	0,78	0,44 - 1,38	0,390	0,72	0,39 - 1,32	0,286
20 - 29	433	17,85	15,62 - 20,32		0,72	0,48 - 1,08	0,109	0,76	0,49 - 1,16	0,199
30 -39	469	20,01	17,57 - 22,70		0,83	0,55 - 1,24	0,353	0,99	0,66 - 1,49	0,959
40 -49	83	23,23	17,32 - 30,41		1,00	Ref.	.	1,00	Ref.	.
<b>Nivel educativo</b>										
Sin educación	10	25,33	11,76 - 46,33	0,013	1,73	0,67 - 4,51	0,258	1,47	0,52 - 4,12	0,467
Primaria	172	18,94	15,74 - 22,61		1,19	0,88 - 1,61	0,246	0,99	0,68 - 1,42	0,937
Secundaria	575	21,44	19,19 - 23,87		1,40	1,10 -1,77	<0,01	1,21	0,92 - 1,59	0,179
Superior	278	16,35	13,85 - 19,21		1,00	Ref.	..	1,00	Ref.	.
<b>Estado civil</b>										
Casada	614	16,46	14,74 - 18,35	<0,001	0,12	0,08 - 0,17	<0,001	0,13	0,09 - 0,19	<0,001
Conviviente no casada	301	51,48	45,39 - 57,52		0,19	0,14- 0,24	<0,001	0,19	0,14 - 0,25	<0,001
No conviviente/Divorciada	120	11,15	8,59 - 14,34		1,00	Ref.	..	1,00	Ref.	.
<b>Índice de riqueza del hogar</b>										
El más pobre	376	20,39	17,94 - 23,08	0,002	1,96	1,23 - 3,13	0,005	1,76	0,95 - 3,26	0,071
Pobre	320	22,11	19,23 - 25,28		2,18	1,36 - 3,48	0,001	1,69	0,99 - 2,91	0,056

**Tabla 05.** (Continuación)

Factores sociodemográficos	Violencia de pareja en los últimos doce meses									
	N°	Prevalencia (%)	IC 95%	p valor <sup>1</sup>	Modelo simple			Regresión múltiple		
					OR	IC 95%	p valor <sup>2</sup>	ORAj	IC 95%	p valor <sup>3</sup>
<b>Índice de riqueza del hogar</b>										
Medio	194	21,72	18,04 - 25,91		2,13	1,29 - 3,50	0,003	1,78	1,02 - 3,11	<b>0,044</b>
Rico	105	16,98	13,19 - 21,61	<b>0,002</b>	1,57	0,93 - 2,64	0,089	1,33	0,78 - 2,26	0,303
Muy rico	40	11,53	7,76 - 16,80		1,00	Ref.	.	1,00	Ref.	.
<b>Zona de residencia</b>										
Urbano	685	19,38	17,53 - 21,37	0,637	1,05	0,86 - 1,28	0,637	1,18	0,88 - 1,57	0,261
Rural	350	18,65	16,43 - 21,09		1,00	Ref.	.	1,00	Ref.	.
<b>Región natural</b>										
Lima Metropolitana	104	18,08	14,64 - 22,13	0,252	0,85	0,64 - 1,15	0,301	0,93	0,65 - 1,33	0,698
Resto de costa	261	17,92	15,48 - 20,65		0,85	0,67 - 1,07	0,163	0,87	0,66 - 1,14	0,307
Sierra	398	21,43	19,11 - 23,95		1,06	0,85 - 1,31	0,612	1,12	0,90 - 1,40	0,319
Selva	272	20,52	18,09 - 23,19		1,00	Ref.	.	1,00	Ref.	.

IC: Intervalo de confianza. OR: *Odds ratios*. ORAj: *Odds ratios* ajustados a factores sociodemográficos. Ref.: Referencia.

Valores resaltados en negrita significan p-valor < 0,05.

<sup>1</sup> Prueba de independencia con muestras complejas.

<sup>2</sup> Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística simple con muestras complejas.

<sup>3</sup> Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística múltiple con muestras complejas.

**Tabla 06.** Relación entre los subtipos de violencia en los últimos doce meses y la sintomatología depresiva en mujeres entre 15 a 49 años que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a la encuesta.

Violencia de pareja en los últimos doce meses	Muestra	Sintomatología depresiva en el postparto						
		N°	Prevalencia (%)	IC 95%	p valor <sup>1</sup>	Modelo simple		
						OR	IC 95%	p valor <sup>2</sup>
<b>Cualquier tipo de violencia de pareja</b>								
Presente	1035	150	16,47	13,37 - 20,12	<0,001	5,44	3,79 - 7,79	<0,001
Ausente	4128	123	3,50	2,71 - 4,51				
<b>Violencia psicológica</b>								
Presente	889	139	17,22	13,88 - 21,15	<0,001	5,24	3,68 - 7,47	<0,001
Ausente	4266	132	3,82	3,00 - 4,85				
<b>Violencia física</b>								
Presente	423	75	19,65	14,65 - 25,85	<0,001	4,89	3,24 - 7,39	<0,001
Ausente	4791	201	4,76	3,91 - 5,78				
<b>Violencia sexual</b>								
Presente	77	17	18,70	9,04 - 34,76	0,009	3,75	1,58 - 8,90	<0,001
Ausente	5237	259	5,78	4,87 - 6,84				
<b>Violencia física durante el embarazo</b>								
Presente	136	27	21,48	13,73 - 31,96	<0,001	4,5	2,55 - 7,97	<0,001
Ausente	5317	263	5,72	4,83 - 6,77				

IC: Intervalo de confianza. OR: *Odds ratios*.

<sup>1</sup> Prueba de independencia para muestras complejas.

<sup>2</sup> Prueba para los coeficientes de un modelo de regresión logística simple con muestras complejas.

**Tabla 07.** Asociación entre sintomatología depresiva dentro de los doce meses posteriores al parto y los diferentes tipos de violencia por la pareja en los últimos doce meses en mujeres entre 15 y 49 años. Modelos de regresión logística múltiple ajustando factores sociodemográficos y cada variable de violencia de forma individual.

Violencia de pareja	Sintomatología depresiva relacionado con:									
	Modelo con 'Cualquier tipo de violencia'		Modelo con 'Violencia psicológica'		Modelo con 'Violencia física'		Modelo con 'Violencia sexual'		Modelo con 'Violencia física durante la gestación'	
	ORAj (IC 95%)	p valor	ORAj (IC 95%)	p valor	ORAj (IC 95%)	p valor	ORAj (IC 95%)	p valor	ORAj (IC 95%)	p valor
Presencia de violencia	4,53 (2,99 - 6,88)	<b>&lt;0,001</b>	4,41 (2,91 - 6,68)	<b>&lt;0,001</b>	3,95 (2,48 - 6,29)	<b>&lt;0,001</b>	2,64 (1,06 - 6,63)	<b>0,038</b>	4,12 (2,18 - 7,80)	<b>&lt;0,001</b>
Ausencia de violencia	1,00	Ref.	1,00	Ref.	1,00	Ref.	1,00	Ref.	1,00	Ref.

IC: Intervalo de confianza. ORAj: *Odds ratios* ajustados a factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, índice de riqueza, zona de residencia y región natural). Ref.: Referencia.

Valores en negrita significan p-valor < 0,05.

## ANEXOS

### Anexo 01. Operacionalización de variables

Definición Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento
<b>VARIABLE DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</b>					
<b>Sintomatología depresiva postparto:</b> Presencia de síntomas depresivos durante el postparto según el <i>The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i> incluido en la ENDES.	Madres en los primeros 12 meses postparto con puntaje PHQ-9 $\geq 10$ en las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	- Sí ( $\geq 10$ ) - No ( $< 10$ )	Catagórica dicotómica	- Base de datos: CSALUD01. - Variables: QS700 A-I. - Cuestionario de salud, ENDES 2021-2023.
<b>VARIABLES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>					
<b>Cualquier tipo de violencia:</b> Cualquier acto de violencia (física, psicológica o sexual) contra la mujer realizada por su pareja en los últimos doce meses.	Madres con respuesta “Sí” – Frecuentemente (1) o Algunas veces (2) – a cualquiera de las preguntas 1003, 1004 o 1005 en las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	- Sí (Frecuentemente, A veces) - No (Nunca, No)	Catagórica policotómica	- Base de datos: REC84DV. - Variables: D101 A-F; D103 A, B y D; D105 A-G; D105 H-I. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.
<b>Violencia física:</b> Cualquier tipo de agresión por la pareja mediante actos físicos realizados contra la mujer en los últimos doce meses.	Madres con respuesta “Sí” – Frecuentemente (1) o Algunas veces (2) – a cualquier subítem (A-G) de la pregunta 1005 en las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	- Sí (Frecuentemente, A veces) - No (Nunca, No)	Catagórica policotómica	- Base de datos: REC84DV. - Variables: D105 A-G - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.

<b>Violencia psicológica:</b> Cualquier tipo de agresión verbal por la pareja que establecen daño psicológico o emocional contra la mujer en los últimos doce meses.	Madres con respuesta “Sí” – Frecuentemente (1) o Algunas veces (2) – a cualquier subítem (A-H) de la pregunta 1004 o cualquier subítem (A-F) de la pregunta 1003 en las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	- Sí (Frecuentemente, A veces) - No (Nunca, No)	Categórica policotómica	- Base de datos: REC84DV. - Variables: D101 A-F; D103 A, B y D. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.
<b>Violencia sexual:</b> Cualquier acto de naturaleza sexual por la pareja cometidos hacia la mujer en contra su consentimiento o con coacción en los últimos doce meses.	Madres con respuesta “Sí” – Frecuentemente (1) o Algunas veces (2) – en subítem H o subítem I de la pregunta 1005 en las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	- Sí (Frecuentemente, A veces) - No (Nunca, No)	Categórica dicotómica	- Base de datos: REC84DV. - Variables: D105 H-I - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.
<b>Violencia física durante la gestación:</b> Cualquier acto de violencia cometido por la pareja contra la mujer durante su gestación.	Madres con respuesta “Sí” – Frecuentemente (1) o Algunas veces (2) – en subítem H o subítem I de la pregunta 1005 en las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	- Sí (Frecuentemente, A veces) - No (Nunca, No)	Categórica dicotómica	- Base de datos: REC84DV. - Variables: D118A. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

<b>Edad:</b> Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa	Años cumplidos	Razón	- Base de datos: REC0111. - Variable: V012. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.
---	--	--------------	----------------	-------	---

<b>Estado Civil:</b> situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra sin que sea su pariente	Estado conyugal de la entrevistada al momento de la entrevista, respuesta de las preguntas 501 y 505 en las ENDES 2021-2023.	Cualitativa Policotómica	Soltera Casada Conviviente Viuda Separada Divorciada	Nominal	- Base de datos: REC516171. - Variable: V501. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.
<b>Nivel de Instrucción:</b> máximo grado de estudios aprobado por las mujeres en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero	Grado máximo de estudios de educación formal alcanzados por el sujeto hasta la fecha de entrevista. Según la pregunta 108 de las ENDES 2021-2023.	Cualitativa Policotómica	Sin Instrucción Primaria Secundaria Superior	Ordinal	- Base de datos: REC0111. - Variable: V106. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.
<b>Índice de riqueza:</b> Nivel de solvencia económica de la familia.	Porcentaje de madres en los diferentes niveles socioeconómicos, según las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	Muy pobre Pobre Medio Rico Muy rico	Ordinal	- Base de datos: REC0111. - Variable: V190. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.
<b>Región natural de procedencia:</b> Área geográfica de origen de la entrevistada, caracterizada por condiciones ambientales únicas como clima, suelo y topografía.	Área de procedencia acorde a la base de datos de la ENDES 2021-2023.	Cualitativa	Lima Metropolitana Resto Costa Sierra Selva	Nominal	- Base de datos: REC91. - Variable: SREGION. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.
<b>Lugar de residencia:</b> Lugar geográfico donde reside permanentemente y donde se encuentra su vivienda.	Porcentaje de madres distribuidas en áreas urbanas o rurales según las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	Urbano Rural	Categórica dicotómica	- Base de datos: REC0111. - Variable: V025. - Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.

## VARIABLE DESEO DE GESTACIÓN

<b>Deseo de gestación:</b> Deseo de la madre de quedar embarazada en cada gestación.	Porcentaje de madres cuyo último embarazo fue deseado o no deseado, según la pregunta 405 de las ENDES 2021-2023.	Cualitativa	Sí, en ese momento Sí, pero deseaba esperar No deseaba tener más hijos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Base de datos: REC41.</li><li>- Variable: M10.</li><li>- Cuestionario individual de la mujer, ENDES 2021-2023.</li></ul>
--	---	-------------	--	---------	--