

# Asociación entre violencia de pareja y sintomatología depresiva en el primer año postparto en el Perú

**Association between intimate partner violence and depressive symptoms in the first postpartum year in Peru**

Shantal Rosa Muñoz-Callupe<sup>1, a</sup> , Pablo Gerardo Sánchez-Valiente<sup>1, a</sup> , Ysela Dominga Agüero Palacios<sup>2, b</sup> , Javier E. Saavedra<sup>1, c</sup> 

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la relación entre la violencia de pareja (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, basado en los datos recogidos por las ENDES 2021-2023. La submuestra incluyó a 5903 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 múltiple. **Resultados:** Se encontró una prevalencia de sintomatología depresiva postparto (SDP) del 6,32 % (IC 95 %: 5,40-7,40). La VP, que afecta al 19,23 % (IC 95 %: 17,68-20,88) de puérperas en su primer año, se vincula a 4,53 veces la probabilidad de desarrollar SDP tras ajustar factores sociodemográficos (ORAJ: 4,53; IC 95 %: 2,99-6,88). **Conclusiones:** Existe una prevalencia significativa de SDP y VP en el primer año luego del parto en la muestra estudiada. La presencia de VP, en cualquiera de sus subtipos, aumenta de manera significativa la probabilidad de desarrollar SDP, lo cual subraya la importancia de realizar tamizajes sistemáticos de violencia en el período postparto y de ofrecer oportuno apoyo psicológico.

**Palabras claves:** violencia de pareja; violencia doméstica; depresión posparto.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the relationship between intimate partner violence (IPV) in the past year and the development of depressive symptoms within

---

<sup>1</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Matemáticas. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico cirujano.

<sup>b</sup> Magíster en Bioestadística.

<sup>c</sup> Doctor en Medicina.

**Citar como:**  
Muñoz-Callupe SR, Sánchez-Valiente PG, Agüero YD, Saavedra JE. Asociación entre violencia de pareja y sintomatología depresiva en el primer año postparto en el Perú. Rev Neuropsiquiatr. 2025; 88(3): 268-282. DOI: [10.20453/rnp.v88i3.6107](https://doi.org/10.20453/rnp.v88i3.6107)

**Recibido:** 05-12-2024

**Aceptado:** 17-06-2025

**En línea:** 25-09-2025

**Correspondencia:**

Shantal Rosa Muñoz Callupe  
✉ shantal.munoz@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista de Neuro-Psiquiatría

twelve months postpartum in women aged 15 to 49. **Materials and Methods:** A descriptive, analytical, cross-sectional, and secondary study using data from the 2021-2023 Demographic and Family Health Survey – ENDES surveys. The subsample included women aged 15-49 in their first postpartum year. A complex sample analysis was performed using prevalence estimates, chi-square tests, and multiple regression models. **Results:** The subsample included 5,903 women, with a prevalence of postpartum depressive symptoms (PDS) of 6.32% (95% CI: 5.40-7.40). Intimate partner violence affected 19.23% (95% CI: 17.68-20.88) of postpartum women during their first year, and victims had 4.53 times higher odds of developing PDS after adjusting for sociodemographic factors (aOR: 4.53; 95% CI: 2.99-6.88). **Conclusions:** There is a significant prevalence of PDS and IPV among women in their first postpartum year. The presence of IPV, in any of its forms, significantly increases the likelihood of developing PDS, underscoring the importance of systematic IPV screening during the postpartum period and timely psychological support.

**Keywords:** intimate partner violence; domestic violence; postpartum depression.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental que afecta al 5 % de los adultos en todo el mundo, y se manifiesta con diversos síntomas, tales como 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 (DSM-5)*, la depresión mayor se manifiesta con estos síntomas durante al menos 14 días, afectando el funcionamiento normal de la persona (2). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la depresión como una causa principal de discapacidad mundial, y estima que, junto con otros trastornos mentales, tiene un costo en la economía global de 1 billón de dólares anuales (3).

Durante el embarazo y el puerperio, la depresión postparto (DPP) puede afectar el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y la función cognitiva de las puérperas, lo que impacta negativamente la relación madre-bebé (4). Se estima que entre el 10 y 20 % de las mujeres experimentan este tipo de depresión en el primer año postparto, con tasas más altas en países en vía de desarrollo (5, 6). En Perú, la prevalencia varía considerablemente según el estudio, con un 45 % en Arequipa (7, 8) y entre un 32 y 34 % en hospitales de Lima (9, 10). Estas últimas tasas contrastan con otro estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, el cual encontró una prevalencia del 5,92 % (11). Esta diferencia responde, en gran medida, a las distintas herramientas empleadas para el diagnóstico de la depresión.

La literatura describe diversos factores de riesgo asociados al desarrollo de DPP, entre los que se incluyen la ansiedad, eventos estresantes, antecedentes de depresión, falta de apoyo social, violencia doméstica y embarazo no deseado (12, 13).

Por otro lado, la violencia doméstica, particularmente por parte de la pareja íntima, representa un grave problema de salud pública. De acuerdo con el último reporte de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, el 53,8 % de las mujeres peruanas reportaron haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de sus vidas (14). Esta exposición prolongada a la VP puede aumentar 2-3 veces el riesgo de sufrir trastorno depresivo mayor y 1,5-2,0 veces el riesgo de DPP (15). La revisión sistemática de Bacchus et al. (16), 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 período postparto. Otro metaanálisis más reciente confirma un riesgo significativamente mayor de DPP en mujeres que han sufrido VP, especialmente si ocurre durante el embarazo (OR: 2,73), en comparación con la violencia recibida a lo largo de la vida (OR: 2,24) (17).

Este estudio tiene como objetivo examinar la relación entre la VP en el último año y la presencia de síntomas depresivos en los primeros doce meses postparto en mujeres peruanas de 15 a 49 años, para lo cual se incorporan análisis ajustados por factores sociodemográficos. Para ello, la ENDES constituye una fuente adecuada, ya que ofrece datos representativos de la población peruana. Al examinar cómo las

distintas formas de violencia afectan la salud mental postparto, se busca aportar información que respalde intervenciones para mejorar la atención clínica y fortalecer las políticas públicas relacionadas con esta problemática. Finalmente, esta investigación se alinea con la prioridad de salud pública otorgada a la salud mental materna, dada su influencia significativa en el bienestar de las madres y familias.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño y población de estudio

Estudio descriptivo, analítico y transversal, basado en datos de las ENDES 2021, 2022 y 2023 del Perú. Estas encuestas utilizan un muestreo bietápico y probabilístico, en el que se seleccionan viviendas mediante estratos y conglomerados, y aplican factores de ponderación. En total, se encuestaron a 108 158 mujeres, entre 12 y 49 años, durante el período 2021-2023. El presente estudio analizó una submuestra de mujeres entre 15 y 49 años en su primer año postparto, para lo cual se excluyeron a aquellas con datos incompletos.

### Instrumentos y variables

La variable dependiente fue la presencia de síntomas depresivos durante el primer año postparto, que fue medida como una variable dicotómica (Sí/No) mediante el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), específicamente en la pregunta 700 del Cuestionario de salud de las ENDES. Las respuestas se consideraron afirmativas si la suma de puntos del PHQ-9 fue mayor o igual a 10. Aunque este umbral tiene una buena sensibilidad y especificidad, no representa un diagnóstico formal de depresión y puede sobreestimar su prevalencia en comparación con las evaluaciones clínicas más rigurosas (18).

Por otro lado, la variable independiente incluyó la exposición a violencia física, psicológica y/o sexual en los últimos doce meses, así como la violencia física durante la gestación, todas medidas como variables dicotómicas (sí/no) a través de las preguntas 1003, 1004, 1005 y 1019 —y sus respectivos subítems— del Cuestionario individual de las ENDES. Además, se creó una variable adicional («cualquier tipo de violencia»), que resume la exposición a violencia física, psicológica o sexual. Las respuestas se consideraron afirmativas si las opciones seleccionadas fueron «frecuentemente» o «a veces».

Por último, las covariables fueron seleccionadas con base en la literatura existente y extraídas de los diversos

cuestionarios de las ENDES. Se incluyeron: edad, estado civil, nivel educativo, índice de riqueza, región, lugar de residencia y deseo de la última gestación.

### Análisis estadístico

El procesamiento y análisis de datos se realizó con el *software* SPSS 25. Mediante la selección de las variables de interés, se descargaron y fusionaron las bases de datos de las ENDES 2021-2023, las cuales se encuentran disponibles públicamente en la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Se construyó un plan de análisis para muestras complejas, considerando las variables de conglomerado (V001), estrato (V022) y factores de ponderación para mujeres de 15 a 49 años (peso15\_amas). Al fusionar las bases de datos de los tres años, se ajustaron los factores de ponderación para mantener la representatividad de la muestra.

El análisis se centró en la submuestra de interés, sin eliminación de participantes. El análisis univariado permitió calcular las prevalencias y los intervalos de confianza para los síntomas depresivos, la violencia y las covariables. El análisis bivariado comparó prevalencias mediante pruebas de chi-cuadrado, mientras que el análisis multivariado evaluó la relación entre violencia y síntomas depresivos por medio de modelos de regresión logística múltiple.

### Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CONSTANCIA-CIEI-366-30-24). Dado que las bases de datos son públicas y anonimizadas, no fue necesario solicitar permiso adicional al INEI para su uso en este estudio.

## RESULTADOS

La submuestra incluyó a 5903 mujeres peruanas —ENDES 2021 (1991 mujeres), 2022 (1959 mujeres) y 2023 (1953 mujeres)— entre las edades de 15 a 49 años, que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a las encuestas.

### Características sociodemográficas

La tabla 1 resume las características sociodemográficas de la submuestra analizada. La media de edad de las mujeres fue de 29 años (DE = 6,6), con más del 80 % entre los 20 y 39 años. La mayoría tenía educación secundaria (49,68 %) o superior (36,85 %). En cuanto al estado civil, la ENDES clasifica a las mujeres como unidas (casadas o convivientes), alguna vez unidas

(separadas, divorciadas o viudas) o nunca unidas. Se evidenció que el 65,29 % de mujeres convivía con su pareja; el 6 % nunca estuvo unida (proporción que no respondió las preguntas sobre violencia, pues la ENDES no se las dirige); y el 11,54 % se encontraba separada o divorciada. No se registraron mujeres

viudas. Por otro lado, solo el 13,61 % pertenece a hogares muy ricos, mientras que los demás grupos de riqueza se distribuyeron de manera uniforme (alrededor del 20 %). El 90 % reside en zonas urbanas y más del 60 % en la costa, con un 33,52 % en Lima Metropolitana.

**Tabla 1.** Características demográficas y socioeconómicas de mujeres de 15 a 49 años dentro de los doce meses posparto.

Variables	n	%	IC 95 %
Grupo de edad			
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
Nivel educativo			
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
Estado civil actual*			
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
Índice de riqueza			
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
Área de residencia			
Urbano	3897	79,9	78,87-80,90
Rural	2006	20,1	19,10-21,13
Región natural			
Lima Metropolitana	612	33,52	31,92-35,14
Resto de la costa	1676	27,22	25,88-28,59
Sierra	2072	24,53	23,20-25,90
Selva	1543	14,74	13,83-15,70

\*En la submuestra, no se identificaron mujeres con estado civil de viudez.

## Sintomatología depresiva postparto

La prevalencia de sintomatología depresiva en los doce meses postparto fue del 6,32 % (IC 95 %: 5,40-7,40). La tabla 2 muestra las asociaciones estadísticamente significativas entre la SDP y los factores sociodemográficos (los datos completos pueden encontrarse en la tabla suplementaria 1). Se obtuvo que las prevalencias son significativamente más altas en mujeres alguna vez unidas (14,24 %;  $p = 0,001$ ), residentes de zonas urbanas (6,83 %;  $p = 0,003$ ) y en Lima Metropolitana (7,74 %;  $p = 0,047$ ). No se observaron diferencias significativas según edad, nivel educativo o índice de riqueza. Además, el análisis ajustado entre la SDP y los factores sociodemográficos revela que las mujeres legalmente casadas tienen menor probabilidad de presentar SDP (ORAj: 0,31; IC 95 %: 0,13-0,75) en comparación con las mujeres nunca unidas. Por otro lado, residir en Lima Metropolitana (ORAj: 1,88; IC 95 %: 1,12-3,16) o en la región sierra (ORAj: 1,70; IC 95 %: 1,13-2,56) se asocia con una mayor probabilidad de presentar SDP en comparación con mujeres de la selva.

En la tabla 3, se observa que la prevalencia de SDP es significativamente mayor en mujeres que no deseaban el último embarazo (9,51 %; IC 95 %: 7,27-12,34). El análisis de regresión múltiple indica que este grupo de mujeres presenta el doble de probabilidad de desarrollar SDP (ORAj: 2,01; IC 95 %: 1,3-3,09) en comparación con aquellas que sí deseaban la última gestación.

## Violencia de pareja en el último año

Se encontró que el 19,23 % de las encuestadas reportaron haber sufrido algún tipo de VP, siendo la violencia psicológica la más prevalente (16,18 %; IC 95 %: 14,75-17,71). Además, se halló una prevalencia del 2,27 % (IC 95 %: 1,78-2,91) de violencia física durante el embarazo.

El análisis de asociación entre cualquier tipo de violencia en el último año y los factores sociodemográficos (tabla 2) reveló una prevalencia significativamente mayor en mujeres sin educación (25,33 %;  $p = 0,013$ ), convivientes (51,48 %;  $p < 0,001$ ) y con un índice de

riqueza pobre (22,11 %;  $p = 0,002$ ), sin diferencias significativas según edad, zona de residencia o región natural (ver tabla suplementaria 2).

Al controlar posibles efectos confusores de factores sociodemográficos, se encontró que las mujeres casadas (ORAj: 0,13; IC 95 %: 0,09-0,19) y convivientes (ORAj: 0,19; IC 95 %: 0,14-0,25) presentan una menor probabilidad de sufrir violencia en comparación con las mujeres alguna vez unidas. En contraparte, las mujeres de clase media presentan una mayor probabilidad de experimentar VP (ORAj: 1,78; IC 95 %: 1,02-3,119). No se observaron otras asociaciones significativas.

## Asociación entre sintomatología depresiva y violencia de pareja

La tabla 4 describe una prevalencia de SDP del 16,47 % (IC 95 %: 13,37-20,12) en presencia de cualquier tipo de VP, siendo mayor en presencia de violencia psicológica (17,22 %; IC 95 %: 13,88-21,15). Se reporta un 19,65 % (IC 95 %: 14,65-25,85) si existe violencia física, manteniéndose elevada incluso durante el embarazo (21,48 %; IC 95 %: 13,73-31,96), aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo, se analizó la relación entre la SDP y la VP, controlando los factores sociodemográficos mediante diversos modelos de regresión múltiple, en los que se incluyó individualmente cada una de las variables de violencia. La tabla 4 reporta que, en todos los modelos, la presencia de VP está asociada a un aumento significativo de probabilidad de SDP, siendo las mujeres expuestas a cualquier tipo de violencia 4,53 veces más propensas a desarrollar SDP (ORAj: 4,53; IC 95 %: 2,99-6,88).

Por otro lado, la violencia psicológica y física mostraron asociaciones fuertes, con OR ajustados de 4,41 (IC 95 %: 2,91-6,88) y 3,95 (IC 95 %: 2,48-6,29), respectivamente. Aunque la violencia sexual tuvo un efecto menor, la asociación sigue siendo significativa (ORAj: 2,64; IC 95 %: 2,48-6,29). Finalmente, se observó que la violencia física durante la gestación puede aumentar el riesgo de SDP en más de cuatro veces (ORAj: 4,12; IC 95 %: 2,18-7,8).

**Tabla 2.** Sintomatología depresiva postparto y violencia de pareja en el último año en mujeres entre 15 a 49 años dentro de los doce meses postparto según factores sociodemográficos. Prevalencias, asociaciones bivariadas y regresión logística múltiple.

Factores sociodemográficos <sup>1</sup>	Sintomatología depresiva postparto						Violencia de pareja en los últimos doce meses					
	Prevalencia (%)	IC 95 %	Modelo crudo		Regresión múltiple		Prevalencia (%)	IC 95 %	Modelo crudo		Regresión múltiple	
			OR	IC 95 %	ORAj	IC95 %			OR	IC 95 %	ORAj	IC 95 %
Estado civil												
Casada	2,43	1,48-3,97	0,26	<b>0,11-0,64</b>	0,31	<b>0,13-0,75</b>	16,46	14,74-18,35	0,12	<b>0,08-0,17</b>	0,13	<b>0,09-0,19</b>
Conviviente no casada	5,74	4,71-6,96	0,65	0,30-1,37	0,70	0,34-1,43	51,48	45,39-57,52	0,19	<b>0,14-0,24</b>	0,19	<b>0,14-0,25</b>
No viven juntos/Divorciada	14,24	10,16-19,59	1,76	0,78-3,98	1,88	0,83-4,22	11,15	8,59-14,34	1,00	Ref.	1,00	Ref.
Nunca unida <sup>2</sup>	8,62	4,39-16,26	1,00	Ref.	1,00	Ref.	-	-	-	-	-	-
Índice de riqueza del hogar												
El más pobre	4,62	3,51-6,04	1,15	0,61-2,17	1,31	0,58-2,92	20,39	17,94-23,08	1,96	<b>1,23-3,13</b>	1,76	0,95-3,26
Pobre	6,83	5,16-8,99	1,74	0,91-3,30	1,51	0,73-3,13	22,11	19,23-25,28	2,18	<b>1,36-3,48</b>	1,69	0,99-2,91
Medio	7,71	5,60-10,53	1,98	<b>1,02-3,84</b>	1,72	0,85-3,47	21,72	18,04-25,91	2,13	<b>1,29-3,50</b>	1,78	<b>1,02-3,11</b>
Rico	7,63	5,04-11,38	1,95	0,95-4,04	1,65	0,81-3,35	16,98	13,19-21,61	1,57	0,93-2,64	1,33	0,78-2,26
Muy rico	4,05	2,33-6,94	1,00	Ref.	1,00	Ref.	11,53	7,76-16,80	1,00	Ref.	1,00	Ref.
Región natural												
Lima Metropolitana	7,74	5,61-10,60	2,04	<b>1,28-3,24</b>	1,88	<b>1,12-3,16</b>	18,08	14,64-22,13	0,85	0,64-1,15	0,93	0,65-1,33
Resto de costa	6,05	4,67-7,81	1,57	<b>1,04-2,37</b>	1,48	0,94-2,32	17,92	15,48-20,65	0,85	0,67-1,07	0,87	0,66-1,14
Sierra	6,11	4,91-7,58	1,58	<b>1,07-2,33</b>	1,70	<b>1,13-2,56</b>	21,43	19,11-23,95	1,06	0,85-1,31	1,12	0,90-1,40
Selva	3,95	2,93-5,31	1,00	Ref.	1,00	Ref.	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.Los valores resaltados en negrita son estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ).<sup>1</sup> Se muestran solo los factores sociodemográficos con asociaciones estadísticamente significativas. <sup>2</sup> La proporción de mujeres nunca unidas no respondió a las preguntas sobre violencia, pues la ENDES no se las dirige.

**Tabla 3.** Sintomatología depresiva y deseo de la última gestación en mujeres entre 15 y 49 años en los doce meses posteriores al parto, con ajustes de los factores sociodemográficos.

Deseo de última gestación	Sintomatología depresiva postparto							
	Prevalencia		IC 95 %	p <sup>1</sup>	Modelo simple		Regresión múltiple	
	n	%			OR	IC 95 %	p <sup>2</sup>	ORAJ
No quería más gestaciones	102	9,51	7,27-12,34		2,16	1,44-3,23	<b>0,002</b>	2,01
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
Quería gestar en ese entonces	113	4,64	3,59-5,99		1,00	Ref.	Ref.	1,00

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 < 0,005.

<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 4.** Asociación entre sintomatología depresiva dentro de los doce meses postparto y los diferentes tipos de violencia en el último año en mujeres entre 15 y 49 años dentro de los doce meses postparto. Análisis crudo y modelos de regresión logística múltiple ajustando factores sociodemográficos y cada variable de violencia de forma individual.

Violencia de pareja en los últimos doce meses	Sintomatología depresiva postparto							
	n	Prevalencia (%)	IC 95 %	Modelo simple	Regresión múltiple	ORAJ*	IC 95 %	
Cualquier tipo de violencia de pareja								
Presente	150	16,47	13,37-20,12	5,44	3,79-7,79	4,53	2,99-7,79	
Violencia psicológica								
Presente	139	17,22	13,88-21,15	5,24	3,68-7,47	4,41	2,91-6,68	
Violencia física								
Presente	75	19,65	14,65-25,85	4,89	3,24-7,39	3,95	2,48-6,29	
Violencia sexual								
Presente	17	18,7	9,04-34,76	3,75	1,58-8,90	2,64	1,06-6,63	
Violencia física durante el embarazo								
Presente	27	21,48	13,73-31,96	4,5	2,55-7,97	4,12	2,18-7,80	

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; ORAJ: *odds ratios* ajustados a factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, índice de riqueza, zona de residencia y región natural) y cada variable de violencia (cualquier tipo de violencia, psicológica, física, sexual y durante el embarazo). Se toman como referencias la ausencia del subtipo de violencia.

\* Modelos de regresión múltiple ajustados por factores demográficos solo a sus respectivas variables.

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio actualizan y amplían la información existente sobre la SDP y la VP en el Perú, aportando nuevos datos en un área con pocos estudios nacionales y evidencia limitada o desactualizada.

Se revela una prevalencia de SDP del 6,3 % durante los doce meses postparto, cifra superior al 4,3 % reportado por Mendoza (19) en su análisis de las ENDES 2017-2019, aunque estadísticamente similar a otros estudios de la ENDES 2021, como los realizados por Limasca (20) (5,6 %) y Fernández (21) (6,7 %). A pesar de las diferencias metodológicas y contextuales, la tendencia creciente de SDP podría reflejar mejores tamizajes,

fenómenos migratorios y efectos derivados de la pandemia, que pudieron agravar la vulnerabilidad materna por el aislamiento y el acceso limitado a la salud mental (22).

Las prevalencias de los estudios basados en la ENDES son menores al rango global estimado (10-20 %), lo que contrasta con la mayor frecuencia de DPP en países en desarrollo (5, 6), con estudios peruanos que reportan hasta un 45 % (7-10), y con metaanálisis que suelen mostrar prevalencias cercanas al límite superior de este rango (23-26). Estas diferencias podrían atribuirse a que los estudios referidos se realizaron en instituciones especializadas y emplearon la Escala de

Depresión Postparto de Edimburgo para la detección de SDP, aunque se ha sugerido que el PHQ-9 tiene una efectividad diagnóstica similar (27).

Se encontró una mayor prevalencia de SDP en mujeres no convivientes, residentes en zonas urbanas y en Lima Metropolitana. Estos hallazgos coinciden con estudios previos de la ENDES, que también reportan mayores tasas en mujeres solteras o no convivientes y en áreas urbanas. Sin embargo, a diferencia de estos estudios, no se obtuvo asociación con el nivel de riqueza, pero sí una mayor prevalencia en Lima, posiblemente influida por las diferentes variables analizadas (19-21, 28).

El estado civil también influyó en la SDP, con menor riesgo en mujeres casadas (ORAj: 0,31) en comparación con aquellas que estuvieron unidas alguna vez. Estudios previos en Perú y Brasil han documentado un mayor riesgo en mujeres solteras o en relaciones no formales (19-21, 29). Estos hallazgos refuerzan el papel del apoyo de pareja en la salud mental postparto. En este sentido, Edwards et al. (30) observaron que una reducción en el apoyo social de la pareja incrementa significativamente los síntomas depresivos. Asimismo, en Etiopía, el bajo involucramiento del esposo en servicios de salud materna eleva el riesgo de SDP (OR: 2,34) (31).

Por otro lado, residir en Lima Metropolitana (ORAj: 1,88) y en la sierra (ORAj: 1,70) se asoció con mayor probabilidad de presencia de SDP, mientras que estudios previos sugieren que las zonas rurales podrían ser un factor protector (28). Estas diferencias pueden estar relacionadas con variaciones en el acceso a servicios de salud mental, estrés urbano y dinámicas socioculturales.

Otro factor evaluado muestra que la probabilidad de desarrollar SDP fue aproximadamente el doble para quienes no deseaban su último embarazo. Aunque no existen estudios exactos sobre el deseo de gestación, investigaciones sobre el deseo de aborto y los embarazos no planificados ofrecen una visión complementaria. Santos et al. (29) reportaron que las mujeres que deseaban abortar tenían casi el doble de probabilidad de desarrollar SDP (ORAj: 1,96). Un estudio en Nekemte, Etiopía, mostró una asociación significativa entre embarazos no planificados y SDP (ORAj: 7,84) (32), y Kebede et al. (31) también reportaron un riesgo elevado (ORAj: 3,16).

Estos hallazgos evidencian la mayor vulnerabilidad de las mujeres con embarazos no deseados, quienes pueden enfrentar un impacto negativo tanto en su

salud mental como en su bienestar general. Esto resalta la importancia de un enfoque integral que, además del apoyo psicológico, contemple estrategias de acompañamiento familiar, social y económico, facilitando redes de contención que mitiguen los efectos adversos durante esta etapa.

Respecto a la asociación entre SDP y VP, los resultados muestran que la prevalencia de SDP es del 16,47 % en mujeres que experimentaron VP en los últimos doce meses, siendo más alta en quienes experimentaron violencia física (19,65 %). Silva (33), que tuvo como referencias las ENDES 2014-2016, reportó una prevalencia de sintomatología depresiva del 3,46 % en mujeres de 15 a 49 años víctimas de violencia, que sugiere una mayor vulnerabilidad en puérperas derivada de factores biológicos, emocionales y sociales (23, 31). Nuestros hallazgos coinciden con Fernández (21), quien reportó una prevalencia de depresión perinatal del 13,4 % en mujeres con VP y del 26,4 % en casos de violencia física severa. Por otro lado, Meneses y Miguel (28) informaron una prevalencia del 10,51 %. Además, el riesgo de SDP en presencia de violencia física (OR: 3,75) se mantiene elevado incluso si ocurre durante el embarazo (OR: 4,5).

Si bien existen diferencias en la prevalencia de SDP en presencia de VP entre nuestros resultados y los estudios mencionados —posiblemente explicadas por realizarse en diferentes períodos de estudio, cambios sociales como los efectos de la pandemia de la 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 el Perú.

Finalmente, se analizó la asociación entre los subtipos de VP y SDP, y se encontraron mayores asociaciones con violencia psicológica (ORAj: 4,41), violencia física durante la gestación (ORAj: 4,12) y violencia física (ORAj: 3,95). En contraste, Meneses y Miguel (28) reportaron una asociación más fuerte con la violencia sexual (RPAj: 4,14), aunque coincidieron en que la violencia física y psicológica duplican el riesgo de DPP. A nivel internacional, estudios como los de Nhi et al. (34) (ORAj: 1,93 para violencia sexual y 2,75 para violencia física) y Wei et al. (17) (OR: 2,31 para violencia física y 2,22 para psicológica) muestran asociaciones menores para violencia sexual (OR: 1,75). Asimismo, Tasnim et al. (35) no encontraron asociación significativa con violencia sexual, lo que

coincide con otros estudios donde esta variable no es analizada o no muestra relevancia estadística.

Estos resultados refuerzan las asociaciones observadas en nuestro estudio y subrayan la importancia de considerar la violencia psicológica y física al evaluar el riesgo de DPP. Además, confirman la fuerte relación entre la VP y SDP, resaltando que la violencia psicológica —por su posible característica sutil y persistente— puede deteriorar la autoestima y fomentar el aislamiento; mientras que la violencia física y sexual generan mayor vulnerabilidad y riesgo de trastornos psicológicos. Además del impacto en la salud materna, estas formas de violencia pueden afectar la dinámica familiar y la calidad del vínculo madre-hijo. Estudios previos han señalado dificultades en la interacción materno-infantil en madres con SDP, lo que subraya la necesidad de intervenciones oportunas. Desde una perspectiva de salud pública, tanto la violencia psicológica y física —incluso durante la gestación— son factores de riesgo clave, mientras que la violencia sexual mostró una asociación menor pero relevante, evidenciando la necesidad de estrategias preventivas y terapéuticas integrales.

### Limitaciones y fortalezas

El estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. El diseño transversal impide establecer una relación causal entre la VP y la SDP, dificultando determinar si la violencia antecede a la depresión o si esta última aumenta la vulnerabilidad a situaciones de violencia. Además, el uso de datos secundarios de las ENDES restringe el análisis de las variables disponibles y la evaluación de la sintomatología depresiva mediante el PHQ-9, aunque validada, no es específica para DPP y no sigue estrictamente los criterios del CIE-10 o DSM-5, lo que podría sobreestimar la prevalencia.

El autoinforme sobre síntomas depresivos y violencia podría estar influenciado por sesgos de recuerdo y deseabilidad social, y la falta de información sobre el momento exacto en que ocurrió la violencia limita la posibilidad de establecer una relación temporal clara. Además, es importante considerar que la exclusión de mujeres nunca unidas en la evaluación de violencia podría generar un sesgo de resultado, mientras que factores no medidos, como el apoyo social y las comorbilidades psiquiátricas, podrían influir en la relación observada.

A pesar de estas limitaciones, el estudio cuenta con fortalezas importantes. El uso de la ENDES, una base

de datos representativa, con métodos estadísticos robustos (muestreo complejo), garantiza estimaciones precisas y generalizables. Se aborda la VP y la DPP en una población vulnerable, utilizando una herramienta validada para la detección de la sintomatología depresiva. Los hallazgos son comparables con estudios previos, por lo que se aporta evidencia clave para la salud pública y la prevención de la VP. Además, se identifican brechas en la información, como la exclusión de mujeres nunca unidas en las preguntas de violencia, lo que resalta la necesidad de mejorar la medición del fenómeno y orientar futuras investigaciones.

### CONCLUSIONES

Se evidencia una prevalencia significativa de SDP, siendo especialmente vulnerables las puérperas no convivientes, las residentes de Lima Metropolitana y aquellas que no desearon su último embarazo. Además, aproximadamente una de cada cinco mujeres en su primer año postparto experimenta VP, un factor que aumenta considerablemente la probabilidad de presentar SDP.

Estos resultados resaltan la importancia de implementar tamizajes de violencia en controles postparto, brindar apoyo psicológico temprano, fomentar relaciones de pareja saludables y reducir el estigma sobre la DPP. Futuras investigaciones deberían explorar variaciones regionales y urbano-rurales en depresión y violencia. Finalmente, los estudios longitudinales ayudarían a comprender cómo la violencia afecta la evolución de la depresión a lo largo del tiempo.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

### Contribución de autoría:

**SRMC, PGSV:** conceptualización, revisión bibliográfica, diseño metodológico, recopilación de datos, interpretación de resultados, y redacción del manuscrito.

**YDAP:** asesoría técnica en el análisis estadístico y en la aplicación del diseño de muestras complejas.

**JES:** asesoría técnica en diseño del estudio, supervisión del análisis estadístico, aportaciones en la discusión y conclusiones.

### REFERENCIAS

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders [Internet].

- Geneva: WHO; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. 5th ed. Washington D. C.: APA; 2013. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
  3. Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400 % [Internet]. OMS; 2016, 13 de abril. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
  4. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2017; 6: 60. Disponible en: [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_9\\_16](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_9_16)
  5. Shidhaye P, Giri P. Maternal depression: a hidden burden in developing countries. *Ann Med Health Sci Res* [Internet]. 2014; 4(4): 463-465. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4160664/>
  6. Hanlon C. Maternal depression in low- and middle-income countries. *Int Health* [Internet]. 2013; 5(1): 4-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihs003>
  7. Zeballos EP, Arias WL, Muñoz Á, Rivera R, Luna M. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [Internet]. 2020; 46(1): e502. Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/83>
  8. Masías MA, Arias WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Méd Hered* [Internet]. 2018; 29(4): 226-231. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3447>
  9. Silvera M. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del hospital de baja complejidad vitarte octubre-diciembre 2018 [tesis de título profesional en Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/2986>
  10. Campos EN. Nivel de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima-Perú, 2017 [tesis de título profesional]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
  11. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. *Rev Méd Hered* [Internet]. 2018; 29(4): 207-210. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3444>
  12. Çankaya S. The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: a prospective study. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2020; 34(3): 176-183. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.007>
  13. Della 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* [Internet]. 2022; 42(5): 976-980. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1980512>
  14. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y departamental [Internet]. Lima: INEI; 2023. Disponible en: <https://cdn。www.gob.pe/uploads/document/file/6389989/5601739-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023.pdf?v=1716478980>
  15. 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* [Internet]. 2012; 75(6): 959-975. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025>
  16. 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* [Internet]. 2018; 8(7): e019995. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019995>
  17. Wei X, Wang W, Law YW, Zhang H. The impacts of intimate partner violence on postpartum depression: an updated meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2024; 25(2): 1531-1550. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15248380231188068>
  18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2001; 16(9): 606-613. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
  19. Mendoza CA. Factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017-2019 [tesis de pregrado en Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5065>

20. Limasca ND. Factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en el Perú: subanálisis de la ENDES 2021 [tesis de título profesional en Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/7897>
21. Fernández FM. Violencia conyugal y depresión perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2021 [tesis de título profesional en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/20603>
22. 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* [Internet]. 2020; 277: 5-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
23. 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* [Internet]. 2020; 15(4): e0231940. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231940>
24. 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* [Internet]. 2021; 279: 737-748. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.053>
25. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021; 31(19-20): 2665-2677. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
26. 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* [Internet]. 2018; 8: 248. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00248>
27. Wang X, Jin Y, Xu P, Feng S. Urinary incontinence in pregnant women and its impact on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2022; 20: 13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01920-2>
28. Meneses J, Miguel 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 pre grado en Internet]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2022. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/667327>
29. Santos DF, Silva RP, Tavares FL, Primo CC, Maciel PM, de Souza RS, et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2021; 30(4): e20201064. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400002>
30. 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* [Internet]. 2021; 25(4): 554-864. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03104-0>
31. Kebede AA, Gessesse DN, Akilil MB, Temesgen 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* [Internet]. 2022; 17(10): e0276809. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276809>
32. 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* [Internet]. 2019; 14(11): e0224792. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224792>
33. Silva 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 título profesional en Internet]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2020. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/648828>
34. Nhi TT, Hanh NT, 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* [Internet]. 2019(1): 4717485. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/4717485>
35. Tasnim F, Rahman M, Islam MM, Hasan M, Mostofa MG, Rahman MM. Exposure to domestic violence and the risk of developing depression within 6 months postpartum in Bangladesh. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2021; 56(7): 1189-1200. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01998-3>

## ANEXOS

**Tabla suplementaria 1.** Sintomatología depresiva en los doce meses posteriores al parto en mujeres entre 15 a 49 años, según factores sociodemográficos. Regresión logística múltiple.

Factores sociodemográficos	Sintomatología depresiva								
	n	Prevalencia (%)	IC 95 %	p valor*	Modelo crudo			Modelo ajustado	
					OR	IC 95 %	p valor**	ORaj	IC 95 %
Edad									
<20	24	8,81	5,10-14,78		1,74	0,80-3,82	0,390	1,74	0,73-4,14
20-29	122	6,06	4,66-7,85	0,463	1,16	0,64-2,10	0,109	1,16	0,59-2,28
30-39	144	6,20	4,94-7,75		1,19	0,67-2,13	0,353	1,35	0,71-2,59
40-49	22	5,25	6,19-8,53		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.
Nivel educativo									
Sin educación	2	7,91	1,28-36,23		1,44	0,213-9,70	0,710	1,77	0,23-13,85
Primaria	36	4,07	2,67-6,13	0,085	0,708	0,42-1,20	0,199	0,78	0,43-1,43
Secundaria	178	7,40	5,95-9,16		1,34	0,92-1,95	0,134	1,18	0,78-1,79
Superior	96	5,64	4,27-7,42		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.
Estado civil									
Casada	26	2,43	1,48-3,97		0,26	0,11-0,64	<b>0,003</b>	0,31	0,13-0,75
Conviviente no casada	192	5,74	4,71-6,96	0,001	0,65	0,30-1,37	0,252	0,70	0,34-1,43
No viven juntos/Divorciada	76	14,24	10,16-19,59		1,76	0,78-3,98	0,175	1,88	0,83-4,22
Nunca unida	18	8,62	4,39-16,26		1,00	Ref.	Ref.	1,00	Ref.
Índice de riqueza del hogar									
El más pobre	83	4,62	3,51-6,04		1,15	0,61-2,17	0,671	1,31	0,58-2,92
Pobre	95	6,83	5,16-8,99	0,076	1,74	0,91-3,30	0,092	1,51	0,73-3,13
Medio	76	7,71	5,60-10,53		1,98	1,02-3,84	<b>0,043</b>	1,72	0,85-3,47

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratios; ORaj: ODDS ratios ajustados a factores sociodemográficos; Ref.: referencia. Valores resaltados en negrita significan p-valor < 0,005.

\* Prueba de independencia con muestras complejas.

\*\* Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística simple con muestras complejas.

\*\*\* Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística múltiple con muestras complejas.

Tabla suplementaria 1. (Continuación)

Factores sociodemográficos	Sintomatología depresiva									
	n	Prevalencia (%)	IC 95 %	p valor*	Modelo crudo			Modelo ajustado		
					OR	IC 95 %	p valor**	ORaj	IC 95 %	p valor***
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.
Zona de residencia										
Urbano	227	6,83	5,71-8,15	0,01	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.
Región natural										
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	0,047	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		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.		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 < 0,005.

\* Prueba de independencia con muestras complejas.

\*\* Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística simple con muestras complejas.

\*\*\* Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística múltiple con muestras complejas.

**Tabla suplementaria 2.** Violencia de pareja en mujeres entre 15 a 49 años que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a la encuesta, según factores sociodemográficos.

Factores sociodemográficos	Violencia de pareja en los últimos doce meses									
	n	Prevalencia (%)	IC 95 %	p valor*	Modelo crudo			Modelo ajustado		
					OR	IC 95 %	p valor**	ORAj	IC 95 %	p valor***
Edad										
<20	50	19,01	13,35-26,35		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	0,385	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.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
Nivel educativo										
Sin educación	10	25,33	11,76-46,33		1,73	0,67-4,51	0,258	1,47	0,52-4,12	0,467
Primaria	172	18,94	15,74-22,61	0,013	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.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
Estado civil										
Casada	614	16,46	14,74-18,35		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	<0,001	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.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
Índice de riqueza del hogar										
El más pobre	376	20,39	17,94-23,08	0,002	1,96	1,23-3,13	<0,01	1,76	0,95-3,26	0,071
Pobre	320	22,11	19,23-25,28		2,18	1,36-3,48	<0,01	1,69	0,99-2,91	0,056
Índice de riqueza del hogar										
Medio	194	21,72	18,04-25,91	0,002	2,13	1,29-3,50	<0,01	1,78	1,02-3,11	0,044

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratios; ORAj: odds ratios ajustados a factores sociodemográficos; Ref.: referencia. Valores en negrita significan p-valor &lt; 0,005.

\* Prueba de independencia con muestras complejas.

\*\* Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística simple con muestras complejas.

\*\*\* Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística múltiple con muestras complejas.

Tabla suplementaria 2. (Continuación)

Factores sociodemográficos	Violencia de pareja en los últimos doce meses									
	n	Prevalencia (%)	IC 95 %	p valor*	Modelo crudo			Modelo ajustado		
					OR	IC 95 %	p valor**	ORAj	IC 95 %	p valor***
Rico	105	16,98	13,19-21,61		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.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
Zona de residencia										
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.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.
Región natural										
Lima Metropolitana	104	18,08	14,64-22,13		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	0,252	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.	Ref.	1,00	Ref.	Ref.

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratios; ORAj: odds ratios ajustados a factores sociodemográficos; Ref.: referencia. Valores en negrita significan p-valor < 0,005.

\* Prueba de independencia con muestras complejas.

\*\* Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística simple con muestras complejas.

\*\*\* Prueba con respecto a los coeficientes del modelo de regresión logística múltiple con muestras complejas.