

Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004 – 2007

Intimate partner psychological violence against women in Peru, 2004-2007

July Caballero^{1,2}, Milena Alfaro¹, Yesenia Nuñez^{1,3}, Harold Torres¹

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia de vida de violencia psicológica (VP) contra la mujer por parte de su pareja en el Perú entre los años 2004 a 2007, así como los factores demográficos y socioeconómicos asociados.

Material y métodos: Estudio transversal, se empleó la base de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática entre 2004 y 2007. El diseño fue estratificado, multietápico e independiente para cada departamento. La población objetivo fueron mujeres de 15 a 49 años que hayan tenido o tengan pareja. Del cuestionario aplicado, se analizaron las secciones de antecedentes y violencia doméstica. Se realizó un análisis descriptivo y se calculó el OR con intervalos de confianza al 95% para los factores potenciales de riesgo mediante análisis bivariable. **Resultados:** La muestra estuvo constituida por 13 724 mujeres con una edad media de 33.7±8.2 años. El 46.9% eran convivientes. El 38.5 % tenía instrucción primaria, 34.6% secundaria y 5.5% analfabeta. La prevalencia de vida de VP fue 74.1%. Comparadas con las casadas, aquellas separadas o divorciadas tenían cuatro veces el riesgo de haber sufrido VP (OR 4.08 IC95% 3.41–4.88). Aquellas con educación secundaria tuvieron 29% mayor riesgo de haber sufrido VP comparado las de educación superior. El consumo de alcohol por parte de la pareja estuvo asociado a VP, aumentando el riesgo en 66%. Los departamentos de la sierra central tuvieron una mayor prevalencia de VP. **Conclusiones:** El Perú tiene una de las más altas prevalencias de vida de VP contra la mujer por parte de su pareja. Los factores de riesgo asociados fueron el nivel educativo, estado civil, el consumo de alcohol por parte de la pareja y el antecedente de padre que haya maltratado a su madre.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, Violencia psicológica, Prevalencia.

ABSTRACT

Objective: To estimate the lifetime prevalence of psychological violence (PV) against women by an intimate partner in Peru from 2004 to 2007, and the

associated demographic and socioeconomic factors.

Methods: Cross-sectional study. We used the database of the National Health Survey conducted by the National Institute of Statistics and Informatics between 2004 and 2007. The design was stratified, multistage and independent for each region. The target population was women aged 15 to 49 who have or have had intimate partners. We analyzed the background and domestic violence sections from the questionnaire. We performed a descriptive analysis and calculated OR and 95% confidence intervals for potential risk factors by bivariate analysis. **Results:** The sample consisted of a total 13 724 women with a mean age of 33.7±8.2 years. 46.9% were living with a partner without marriage; 38.5% had only attended elementary school, 34.6% finished high school and 5.5% were illiterate. The lifetime prevalence of PV was 74.1%. Compared with married women, those separated or divorced had four times the risk of having suffered PV (OR 4.08; 95% CI 3.41-4.88). Those with only high school education had 29% higher risk of PV compared with those of higher education. Alcohol abuse by the male partner was associated with PV, increasing the risk by 66%. The central highlands region had a higher prevalence of PV. **Conclusions:** Peru has one of the highest life prevalences for PV against women by an intimate partner. The significant risk factors were educational level, marital status, alcohol abuse by the partner and history of a psychological violence between the parents of the victim.

Keywords: Violence against women, Psychological violence, Prevalence

INTRODUCCION

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Incluye no sólo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico y sexual.^{1,2} En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres.¹ En 1996, la OMS la declaró prioridad en salud pública.²

¹ Maestría en Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo – Noguchi". Lima-Perú.

³ Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas "Oscar Trelles Montes". Lima-Perú.

Correspondencia: July Caballero julycaballero@hotmail.com

Habitualmente, cuando pensamos en la violencia contra las mujeres la limitamos a la violencia física grave. Sin embargo, la violencia comprende también el maltrato psicológico, sexual, de aislamiento y control social, que suelen pasar mucho más desapercibidos. Según la definición de la OMS, la violencia de género es “cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada”.³ Un estudio reciente realizado entre el 2000 y 2003 por la OMS en diez países -incluido Perú- reportó una prevalencia de violencia física y sexual en algún momento de sus vidas entre 15 a 71%.⁴

La violencia contra las mujeres tiene raíces sociales y culturales y se basa en la creencia de que la mujer es propiedad del hombre, quien puede tratarla como juzgue adecuado.³ Está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a los indudables avances en las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de derechos.¹

La violencia en la mujer tiene consecuencias directas, no sólo para su propio bienestar, sino también para el de sus familias y comunidades. El maltrato puede tener secuelas a largo plazo para la salud mental con el desarrollo de trastornos como depresión, baja autoestima, intentos de suicidio y síndrome de estrés postraumático.⁵ Recientes revisiones de estudios de mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja, han reportado que los problemas de salud mental son más prevalentes en comparación a la población general. La prevalencia promedio a través de los estudios fue 63.8% de desorden de stress post traumático, 47.6% de depresión, 17.9% de suicidios, 18.5% de abuso o dependencia de alcohol y 8.9% de abuso o dependencia de drogas.⁵⁻⁸

Las mujeres suelen ocultar o restar importancia al hecho de haber padecido o estar padeciendo algún tipo de maltrato, y solo denuncian las acciones que atentan contra su vida o la de sus hijos. Esta situación determina una infravaloración de la magnitud del problema.⁹ Se calcula que en Latino América solo el 15% a 25% de los casos de violencia doméstica es reportado a las autoridades.¹⁰

El Perú está constituido por 24 divisiones políticas mayores, llamadas departamentos y una Provincia Constitucional. Desde 1986, se viene realizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) habiéndose ejecutado cuatro encuestas que corresponden a los años 1986, 1991-92, 1996 y 2000. Estas encuestas han sido de mucha utilidad para la toma de decisión y la formulación de políticas en el campo de la salud, especialmente de mujeres en edad reproductiva.

Tradicionalmente, las entrevistas de las ENDES han sido tomadas en un corto periodo de tiempo, durante

tres a cuatro meses consecutivos, y los intervalos entre encuestas han sido de cuatro a cinco años, por lo que se generaba vacíos de información. Para subsanar esto, se diseñó y puso en marcha la ENDES Continua, que realiza entrevistas en forma permanente durante nueve meses de cada año, dividiendo la muestra total deseada de 33 000 hogares en cinco partes iguales para una toma anual de 6 600 hogares. El Perú es el primer país en implementarla dentro del marco del Programa de Encuestas de Demografía y Salud (Programa MEASURE DHS).¹¹

El objetivo del presente trabajo es estimar la prevalencia de vida de violencia psicológica contra la mujer por parte de su pareja en el Perú determinada entre los años 2004 a 2007, así como los factores demográficos y socioeconómicos asociada a ésta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se empleó la base de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) entre los años 2004 a 2007. La población objetivo fueron las mujeres de 15 a 49 años de edad que hayan tenido o tengan pareja.

Según el Informe Técnico de la ENDES 2007, el diseño fue estratificado, multietápico e independiente para cada departamento; para la primera etapa, se utilizó información proveniente del Censo de Población y Vivienda de 1993; en la segunda etapa se seleccionaron conglomerados del Precenso de 1999; en tanto que, en la tercera etapa se utilizó información del Registro de Edificios y Viviendas y de la Actualización Cartográfica, realizadas como actividades preparatorias a la operación de campo de esta investigación.¹¹

La muestra ENDES Continua programada para el periodo 2004 a 2008 está conformada por 1 414 conglomerados los cuales han sido divididos en cinco submuestras representativas, seleccionadas al azar, con el fin de obtener resultados de periodicidad anual, semestral y trimestral. Del total de conglomerados, 569 están localizados en ciudades (sedes) capitales de departamento; 273 se localizan en el resto urbano y 572 en el área rural. Cada departamento excepto Lima, tiene un promedio de 50 conglomerados. Lima tiene 226 conglomerados, debido al gran porcentaje de la población que concentra, entendiéndose que está comprendida por Lima Metropolitana, Lima provincias y la Provincia Constitucional del Callao. El periodo 2004-2007 está conformado por 1 131 conglomerados seleccionados, 283 trabajados en el 2004, 284 en el 2005, 283 en el 2006 y 281 en el 2007. Para conocer en detalle todo lo concerniente al muestreo, se remite al lector al trabajo original.¹¹

La información se recogió mediante un cuestionario, cuyos temas de investigación fueron distribuidos en diez secciones. Se analizaron los datos obtenidos en la

sección de antecedentes de la entrevistada y sobre violencia doméstica. Esta última sección se aplicó solo a aquellas mujeres que han tenido o tienen alguna pareja. Las entrevistas fueron realizadas por un grupo de encuestadores debidamente entrenados.

Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó el programa informático SPSS versión 15.0. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables y se calcularon las odds ratio (OR) y los intervalos de confianza al 95% para los diferentes factores potenciales de riesgo mediante análisis bivariado.

RESULTADOS

En el periodo del 2004 al 2007 se entrevistaron 13 724 mujeres entre 15 a 49 años que habían tenido o tenían pareja. La edad media fue de 33.7 ± 8.2 años. El 46.9% eran convivientes. El 5.5% eran analfabetas y el 38.5% tenía grado de instrucción primaria. El área de residencia fue urbana en el 54.2%. El nivel económico de la población total se estableció en quintiles; encontrándose en la muestra estudiada el 26.8% en el segundo y el 23.6% en el tercer quintil (tabla 1).

La prevalencia de vida de violencia psicológica (VP) entre mujeres en edad fértil en el Perú, para el periodo 2004-2007, fue de 74.1%. Las estimaciones para cada año del periodo estudiado fueron similares (tabla 2).

Al analizar la relación entre los factores demográficos y socioeconómicos estudiados, y la VP, se observa que la edad no estuvo asociada a VP a excepción del grupo entre 35 a 39 años que muestra un incremento leve del riesgo de presentar el antecedente de VP en comparación al grupo entre 45 y 49 años (OR 1.17 IC95% 1.02-1.35).

Comparadas con las casadas, las mujeres convivientes tuvieron un 37% más riesgo de haber sufrido VP alguna vez en su vida por parte de sus parejas (OR 1.37 IC95% 1.27-1.49), mientras que ser separada o divorciada se constituiría en un factor de riesgo elevado de VP, puesto que tenían cuatro veces mayor riesgo (OR 4.08 IC95% 3.41-4.88).

En cuanto al grado de instrucción, aquellas con educación secundaria tuvieron 29% más riesgo de presentar el antecedente de sufrir VP comparado con aquellas con educación superior. No hubo diferencia estadísticamente significativa con aquellas mujeres en edad fértil sin educación y con educación primaria.

Al analizar la zona de residencia, se constató que las mujeres que residen en zonas urbanas tienen 12% más riesgo de haber sufrido VP al compararlas con las de las mujeres residentes en zonas rurales. (OR 1.12 IC95% 1.04-1.21).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada a partir de la ENDES continua. Perú, 2004-2007.

| Variable | n | % |
|---------------------------|-------|------|
| <i>Edad</i> | | |
| ▪ 15-19 años | 463 | 3.4 |
| ▪ 20-24 años | 1 633 | 11.9 |
| ▪ 25-29 años | 2 487 | 18.1 |
| ▪ 30-34 años | 2 805 | 20.4 |
| ▪ 35-39 años | 2 559 | 18.6 |
| ▪ 40-44 años | 2 108 | 15.4 |
| ▪ 45-49 años | 1 669 | 12.2 |
| <i>Estado Civil</i> | | |
| ▪ Casada | 5 644 | 41.1 |
| ▪ Conviviente | 6 441 | 46.9 |
| ▪ Separada / Divorciada | 1 482 | 10.8 |
| ▪ Viuda | 157 | 1.1 |
| <i>Nivel educativo</i> | | |
| ▪ Sin educación | 755 | 5.5 |
| ▪ Primaria | 5 288 | 38.5 |
| ▪ Secundaria | 4 887 | 35.6 |
| ▪ Superior | 2 794 | 20.4 |
| <i>Área de residencia</i> | | |
| ▪ Urbana | 7 436 | 54.2 |
| ▪ Rural | 6 288 | 45.8 |
| <i>Quintil de riqueza</i> | | |
| ▪ Quintil inferior | 2 395 | 17.5 |
| ▪ Segundo quintil | 3 680 | 26.8 |
| ▪ Quintil intermedio | 3 238 | 23.6 |
| ▪ Cuarto quintil | 2 618 | 19.1 |
| ▪ Quintil superior | 1 793 | 13.1 |

Tabla 2. Prevalencia de vida de violencia psicológica en mujeres por su pareja por año. Perú, 2004-2007.

| Año | Sí sufrió de violencia psicológica | | No sufrió de violencia psicológica | |
|-------|------------------------------------|------|------------------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| 2004 | 2 264 | 74.1 | 792 | 25.9 |
| 2005 | 2 526 | 75.2 | 835 | 24.8 |
| 2006 | 2 717 | 73.1 | 998 | 26.9 |
| 2007 | 2 661 | 74.1 | 928 | 25.9 |
| Total | 10 168 | 74.1 | 3 553 | 25.9 |

El nivel económico estuvo relacionado con el antecedente de VP. Las mujeres del segundo a cuarto quintil de riqueza tienen un mayor riesgo de VP en comparación con aquellas en el quinto quintil (nivel económico superior). Sin embargo, no se evidenció diferencias entre el primer quintil (menor nivel económico) y el quinto quintil.

El consumo de alcohol por parte de la pareja estuvo asociado a VP, aumentando el riesgo en 66% (OR 1.66 IC95% 1.53–1.81). El antecedente de padre que maltrataba a la madre se asoció a VP, incrementando el

riesgo de sufrirla en 66% (OR 1.66 IC95% 1.53–1.80). El número de hijos no estuvo asociado estadísticamente a sufrir de VP. En la tabla 3 se puede apreciar los resultados del análisis de los factores asociados a la VP en mujeres en edad fértil peruanas.

Los departamentos de la sierra central (Pasco, Junín, Huancavelica, Ayacucho y Apurímac) presentaron las mayores prevalencias de vida de VP, con estimaciones entre 80% y 89%; mientras que los departamentos de Amazonas, Huánuco, La Libertad, Loreto y San Martín presentaron las menores estimaciones (entre 60% y 69%), como se presenta en la tabla 4 y figura 1.

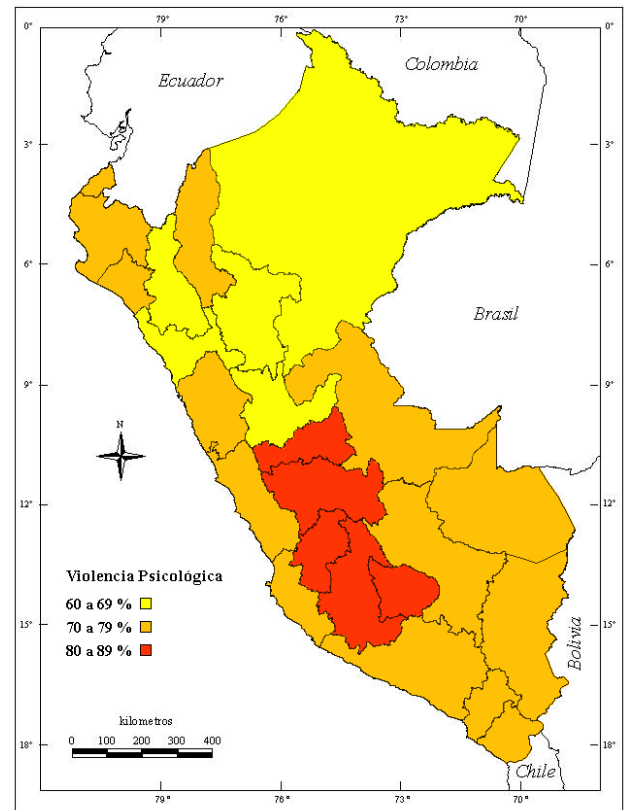
Tabla 3. Factores asociados a la prevalencia de vida de violencia psicológica en mujeres en edad fértil por su pareja. Perú, 2004–2007.

| Variable | Sí sufrió de violencia psicológica | | No sufrió de violencia psicológica | | OR | IC 95% |
|---------------------------------|------------------------------------|------|------------------------------------|------|-------------------|-------------|
| | n | % | n | % | | |
| <i>Edad</i> | | | | | | |
| ▪ 15-19 años | 349 | 75.4 | 114 | 24.6 | 1.15 | 0.91 – 1.46 |
| ▪ 20-24 años | 1 189 | 72.8 | 444 | 27.2 | 1.01 | 0.86 – 1.17 |
| ▪ 25-29 años | 1 842 | 74.1 | 645 | 25.9 | 1.07 | 0.93 – 1.24 |
| ▪ 30-34 años | 2 079 | 74.2 | 724 | 25.8 | 1.08 | 0.94 – 1.24 |
| ▪ 35-39 años | 1 938 | 75.7 | 621 | 24.3 | 1.17* | 1.02 – 1.35 |
| ▪ 40-44 años | 1 559 | 74.0 | 549 | 26.0 | 1.07 | 0.92 – 1.24 |
| ▪ 45-49 años | 1 212 | 72.7 | 456 | 27.3 | 1 | |
| <i>Estado Civil</i> | | | | | | |
| ▪ Conviviente | 4 842 | 75.2 | 1 597 | 24.8 | 1.37 [†] | 1.27 – 1.49 |
| ▪ Separada / Divorciada | 1 334 | 90.0 | 148 | 10.0 | 4.08 [†] | 3.41 – 4.88 |
| ▪ Casada | 3 884 | 68.8 | 1 759 | 31.2 | 1 | |
| <i>Nivel educativo</i> | | | | | | |
| ▪ Sin educación | 519 | 68.7 | 236 | 31.3 | 0.86 | 0.72 – 1.02 |
| ▪ Primaria | 3 888 | 73.6 | 1 398 | 26.4 | 1.08 | 0.98 – 1.21 |
| ▪ Secundaria | 3 753 | 76.8 | 1 134 | 23.2 | 1.29 [†] | 1.16 – 1.44 |
| ▪ Superior | 2 008 | 71.9 | 785 | 28.1 | 1 | |
| <i>Área de residencia</i> | | | | | | |
| ▪ Urbana | 5 582 | 75.1 | 1 851 | 24.9 | 1.12 [†] | 1.04 – 1.21 |
| ▪ Rural | 4 586 | 72.9 | 1 702 | 27.1 | 1 | |
| <i>Quintil de riqueza</i> | | | | | | |
| ▪ 1° Quintil | 1 688 | 70.5 | 707 | 29.5 | 1.07 | 0.94 – 1.23 |
| ▪ 2° Quintil | 2 772 | 75.3 | 908 | 24.7 | 1.37 [†] | 1.21 – 1.56 |
| ▪ 3° Quintil | 2 516 | 77.7 | 722 | 22.3 | 1.57 [†] | 1.38 – 1.79 |
| ▪ 4° Quintil | 1 956 | 74.8 | 659 | 25.2 | 1.34 [†] | 1.17 – 1.53 |
| ▪ 5° Quintil | 1 236 | 68.9 | 557 | 31.1 | 1 | |
| <i>Pareja consume alcohol</i> | | | | | | |
| ▪ Sí consume | 8 037 | 76.5 | 2 466 | 23.5 | 1.66 [†] | 1.53 – 1.81 |
| ▪ No consume | 2 131 | 66.2 | 1 087 | 33.8 | 1 | |
| <i>Padre maltrataba a madre</i> | | | | | | |
| ▪ Sí maltrataba | 4 958 | 79.1 | 1 308 | 20.9 | 1.66 [†] | 1.53 – 1.80 |
| ▪ No maltrataba | 4 605 | 69.6 | 2 013 | 30.4 | 1 | |
| <i>Número de hijos</i> | | | | | | |
| ▪ Sin hijos | 447 | 75.0 | 149 | 25.0 | 1 | |
| ▪ Uno a dos hijos | 4 466 | 73.2 | 1 637 | 26.8 | 0.91 | 0.75 – 1.10 |
| ▪ Tres a más hijos | 5 255 | 74.8 | 1 767 | 25.2 | 0.99 | 0.82 – 1.20 |

* p < 0.05; [†] p < 0.01

Tabla 4. Prevalencia de vida de violencia psicológica en mujeres en edad fértil por su pareja según departamento de residencia. Perú, 2004–2007.

| Departamento | n | % |
|---------------|-----|------|
| Amazonas | 469 | 70.4 |
| Ancash | 313 | 73.6 |
| Apurímac | 497 | 82.4 |
| Arequipa | 361 | 77.3 |
| Ayacucho | 503 | 80.2 |
| Cajamarca | 316 | 62.9 |
| Cusco | 382 | 76.4 |
| Huancavelica | 480 | 80.0 |
| Huanuco | 360 | 67.5 |
| Ica | 357 | 73.5 |
| Junín | 393 | 87.1 |
| La Libertad | 364 | 67.8 |
| Lambayeque | 290 | 70.6 |
| Lima | 864 | 72.5 |
| Loreto | 437 | 69.0 |
| Madre de Dios | 564 | 77.5 |
| Moquegua | 367 | 72.1 |
| Pasco | 399 | 85.4 |
| Piura | 376 | 70.7 |
| Puno | 484 | 72.6 |
| San Martín | 423 | 66.3 |
| Tacna | 338 | 79.9 |
| Tumbes | 416 | 77.0 |
| Ucayali | 327 | 70.6 |

Figura 1. Prevalencia de vida de violencia psicológica en mujeres en edad fértil por su pareja según departamento de residencia. Perú, 2004–2007.

DISCUSIÓN

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública ampliamente extendido y prevalente a nivel mundial que tiene repercusiones importantes en el desarrollo de los países y de sus habitantes.^{1,2} La medición de la violencia familiar ha sido objeto de interés mundial, gran parte de lo que se conoce proviene de datos de vigilancia, encuestas transversales y estudios observacionales en grupos de población cautiva.

En América Latina, diversos grupos de mujeres, organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas han realizado investigaciones sobre la prevalencia de la violencia intrafamiliar. Aunque en general los estudios realizados por instituciones de servicio tienen un importante subregistro, sus datos señalan una tendencia creciente en el número de denuncias sobre violencia doméstica.¹² La extensión, la validez y la confiabilidad de los datos disponibles son tres factores decisivos para determinar las dimensiones del problema y para identificar las áreas prioritarias en que es necesario intervenir. Se piensa que la mayor parte de los datos disponibles sobre la violencia contra las mujeres son por un lado excesivamente prudentes y por otro, poco dignos de confianza.¹²

La prevalencia de vida de violencia psicológica que hemos encontrado (74,1%) es bastante mayor comparado con otros países latinoamericanos. En Chile, Larrain y col.¹³ reportaron que en una entrevista a 1000 mujeres entre los 22 y 25 años de la región metropolitana de Santiago encontraron una prevalencia de 33.9% de violencia psicológica. En Santa Fé de Bogotá, Colombia, Kleven y col. reportaron una prevalencia de 26.2% de violencia psicológica.¹⁴ En Buenos Aires, Argentina, Pontecorvo y col. encontraron que el 40% de las mujeres entrevistadas había sufrido de violencia psicológica.¹⁵ En México, Olaiz et al. encontraron que las mujeres beneficiarias de los servicios de salud habían reportado violencia psicológica en el 19.6%.¹⁶ Hazen et al. han reportado que entre las mujeres latinas en los Estados Unidos de Norteamérica la prevalencia de vida de violencia psicológica es de 82.5%.¹⁷ Nonomi y col. estudiaron en el sistema de salud norteamericano la prevalencia de violencia contra la mujer por sus parejas y su relación con su estado de salud en mujeres latinas y no-latinas encontrando que entre las latinas víctimas de violencia las escalas de salud mental fueron menores mostrando un mayor deterioro de ésta.¹⁸

Los factores de riesgo que estuvieron asociados a violencia psicológica fueron el estado civil conviviente y el ser separadas o divorciadas. En nuestro medio hay todavía la creencia que la ley protege a las mujeres casadas y que por el contrario las convivientes no tienen derechos, cuando la legislación vigente procura en ambos casos los mismos derechos. Quizás por este motivo las convivientes tengan mayor riesgo de haber sufrido alguna vez de violencia psicológica. Se requerirían mayores estudios para ahondar en este tema.

El consorcio de Estudios Mundiales de Maltrato en el Entorno Familiar (WorldSAFE) llevó a cabo estudios poblacionales en cinco países con ingresos medios y bajos entre 1997 y 2003, encontrando que la situación laboral de la mujer estaba relacionada con la presencia de violencia psicológica, mientras que su nivel educativo y el índice de bienes en el hogar fueron factores de protección.¹⁹ En nuestro estudio no se evaluó la situación laboral pero sí el nivel educativo y económico. Llama la atención que nuestras mujeres con educación secundaria tengan mayor riesgo, contradictoriamente al hallazgo de WorldSAFE. Este resultado quizás se deba a que, en comparación con las mujeres con educación primaria o sin instrucción, puedan reconocer cuando están siendo agredidas psicológicamente y lo reporten.

Otras variables asociadas a violencia psicológica fueron el nivel económico y la procedencia de zona urbana. Las grandes ciudades de nuestro país han crecido aceleradamente y en forma desordenada dando lugar a zonas periféricas a éstas donde predomina la pobreza y donde la violencia psicológica es más prevalente.

El consumo de alcohol por parte de la pareja es un factor de riesgo que también ha sido encontrada en múltiples estudios como el de Kim-Godwin y col. en migrantes latinos en California.²⁰ Así mismo el antecedente de padre que maltrataba a la madre estuvo asociada a violencia psicológica, quizás en relación a cómo desde niña había considerado se desarrollaba la relación de pareja. Esto también ha sido corroborado por otros autores como Dube y col.^{21,22}

Los resultados muestran que el Perú tiene una de las más altas prevalencias de vida de maltrato psicológico contra la mujer por parte de su pareja. Los factores de riesgo asociados más comunes fueron el nivel educativo, el estado civil, el nivel económico, el consumo de alcohol por parte de la pareja y el antecedente de padre que haya maltratado a su madre. La edad y el número de hijos no estuvieron asociadas. Se debe realizar planes a corto y mediano plazo orientado a disminuir esta alta prevalencia de violencia contra la mujer, en particular en los departamentos que se han identificado como más vulnerables y en las mujeres que tienen más factores de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres 1993. Informe técnico No. A/RES/48/104. New York: ONU, 1994. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
2. World Health Assembly (WHA). Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution). WHA, 25 de mayo de 1996 (Sixth plenary meeting, Committee B fourth report. 3rd ed). Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4_925_eng.pdf
3. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. En: Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al (ed). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 87-121 Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
4. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.
5. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, et al. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006;15(5):599-611.
6. McCaw B, Golding JM, Farley M, et al. Domestic violence and abuse, health status, and social functioning. *Women Health*. 2007;45(2):1-23.
7. Hazen AL, Connelly CD, Soriano FI, et al. Intimate partner violence and psychological functioning in Latina women. *Health Care Women Int*. 2008;29(3):282-99.
8. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-1172.
9. Buvinić M, Morrison A, Shifter M. La Violencia en América Latina: marco de acción. En: Morrison A, Loreto M, ed. El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999. p.3-34.
10. Sagot M. The critical path of women affected by family violence in Latin America: case studies from 10 countries. *Violence Against Women*. 2005;11(10):1292-1318.
11. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2007. INEI 2008.
12. Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cad Saude Publica*. 2003;19(1):135-46. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14913.pdf>

13. Larrain S. Violencia, puertas adentro: la mujer golpeada. Editorial Universita. Santiago. 1994.
14. Klevens J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;9(2):78-83. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n2/4298.pdf>
15. Pontecorvo C, Mejía R, Aleman M, et al. Violencia doméstica contra la mujer: una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina (B Aires)*. 2004;64(6):492-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v64n6/v64n6a03.pdf>
16. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, et al. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Publica Mex*. 2006;48 Suppl 2:S232-8. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v48s2/31379.pdf>
17. Hazen AL, Soriano FI. Experiences with intimate partner violence among Latina women. *Violence Against Women*. 2007;13(6):562-82.
18. Bonomi AE, Anderson ML, Cannon EA, et al. Intimate partner violence in Latina and non-Latina women. *Am J Prev Med*. 2009;36(1):43-8.
19. Bangdiwala SI, Ramiro L, Sadowski LS, et al. Intimate partner violence and the role of socioeconomic indicators in WorldSAFE communities in Chile, Egypt, India and the Philippines. *Inj Control Saf Promot*. 2004;11(2):101-9.
20. Kim-Godwin YS, Fox JA. Gender differences in intimate partner violence and alcohol use among Latino-migrant and seasonal farmworkers in rural southeastern North Carolina. *J Community Health Nurs*. 2009;26(3):131-42.
21. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl*. 2001;25(12):1627-40.
22. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict*. 2002;17(1):3-17.