

Impacto y Factores de Riesgo sobre Depresión en Mujeres en Tres Regiones del Perú

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

Í N D I C E

ANTECEDENTES

OBJETIVOS

MARCO TEÓRICO

MATERIAL Y MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

Impacto y factores de riesgo para depresión en mujeres en tres regiones del Perú

©Movimiento Manuela Ramos

Juan Pablo Fernandini 1550,

Pueblo Libre, Lima 21, Perú

Teléfono (511) 423 8840

postmast@manuela.org.pe

www.manuela.org.pe

Programa Derechos Sexuales y Reproductivos

Diseño y diagramación: Aleph Impresiones S.R.L.

Impresión: Aleph Impresiones S.R.L.

Tiraje: 2000 ejemplares

Primera impresión: Abril 2014

Lima - Perú

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014-06103

La impresión de este material ha sido posible gracias al financiamiento de la Unión Europea, en el marco del proyecto "Promoción de la Salud de las Mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano" DCI-SANTE/2010-256-745.

1.

ANTECEDENTES

La depresión es un trastorno mental severo de gran prevalencia, especialmente en el sexo femenino, entre quienes se registran dos casos por cada caso en un varón. Las causas de la depresión son múltiples: genéticas, neurobiológicas, sociales, psicológicas y culturales; se considera que el exceso de depresión de las mujeres está relacionado con la desproporcionada exposición a la violencia al interior del hogar y con la discriminación de género. En el Perú la prevalencia de vida de depresión en general en la población general es de 13.2% y en las mujeres de la Lima Metropolitana es de 23.3% (prevalencia actual 10.2%)¹, mientras que en las de las ciudades de la sierra es de 20.5% (prevalencia actual 4.4 %)² y en las de la selva es de 29.2% (prevalencia actual 3.4 %)³

2.

OBJETIVOS

Identificar los factores de riesgo para depresión y su impacto en mujeres entre 18 y 59 años, en tres poblaciones, situadas en Lima Metropolitana, la sierra y la selva del Perú, en el 2013.

3.

MARCO TEÓRICO

La depresión es un trastorno mental cuyos síntomas más típicos son el ánimo triste o depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el cansancio o fatigabilidad. Se acompaña además de cambios en el sueño y el apetito, cambios en la concentración y otras dificultades cognoscitivas, sentimientos de minusvalía y culpa, irritabilidad, soledad, dependencia emocional, dificultad para tomar decisiones, ideas de suicidio y síntomas somáticos diversos. Para considerarse patológico, el estado depresivo debe durar al menos dos semanas.

El hecho que la depresión es la causa principal de carga de enfermedad para las mujeres tanto en países de alto nivel de ingresos como en los de niveles medio o bajo¹¹ pone de relieve la importancia de conocer e intervenir sobre los factores de riesgo para ésta.

Sin embargo, si se examina los datos de la epidemiología psiquiátrica, provenientes de grandes estudios poblacionales, se encuentra que en general, la prevalencia de trastornos psiquiátricos en mujeres y varones es la misma, aunque las mujeres presentan con mayor frecuencia ansiedad y depresión (llamados *internalizantes*)¹² y los varones, alcoholismo, otros trastornos por uso de sustancias, trastornos de conducta y trastorno de personalidad psicopático (llamados *externalizantes*).¹³ Las enfermedades psiquiátricas más graves (trastornos mentales severos TMS) y que tienen un sustrato neurobiológico y del neurodesarrollo más claro, se presentan con la misma frecuencia en los dos sexos¹⁴.

Entre las razones para explicar el exceso de depresiones entre las mujeres se han invocado la biología, especialmente en las diferencias sutiles ente los cerebros de hombres y mujeres, la actividad de las hormonas (el eje hipotálamo-

¹ El Movimiento Manuela Ramos encargó la investigación al Dr. Cristian Díaz Vélez (Investigador principal) Médico investigador y Epidemiólogo del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo- ESSALUD y contó con la colaboración de Co- investigadores/a: Dr. Moisés Apolaya Segura, Dr. Oscar Vera Romero, Dra. Isabel Castillo Morí. La investigación tuvo el auspicio del Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud, según Resolución Jefatural N° 427-2012-J-OPE/INS.

pituitario-adrenal y las hormonas gonadales y los efectos diferenciales del estrés)¹⁵ y las relaciones entre las hormonas gonadales y los neurotransmisores,¹⁶ entre otras. Los estudios recientes sobre la actividad del estrógeno, sin embargo, muestran que ésta es una hormona neurotrófica y que confiere protección frente a las lesiones de la exposición al estrés crónico¹⁷.

Es preciso entonces examinar los factores psicosociales que nos permitan entender que las mujeres sufran más depresión y ansiedad que los hombres, a pesar que neurobiológicamente se encuentran protegidas. Siguiendo a Gita Sen, en vista de una diferencia en un indicador sanitario que no tiene una base biológica clara, debemos sospechar que hay discriminación¹⁸².

De ahí la importancia de introducir la categoría de “género” en el análisis de la salud mental porque nos permite comprender el conjunto de atributos, roles y expectativas sociales que cada sociedad le asigna a las personas sobre la base de las diferencias sexuales. Es decir, que con base en el sexo genético, la sociedad establece diferencias en el trato y en las oportunidades para hombres y mujeres; creando relaciones de poder desiguales en las que el género femenino experimenta subordinación. Política y cultural asignada a las personas de acuerdo a su sexo (14). Joan Scott subraya que «el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. El género alude entonces a las construcciones sociales y culturales que se hacen a partir de las diferencias biológicas y que se naturalizan. A la vez estas diferencias se reproducen y refuerzan por un sistema sexo-género que se traduce en normas, políticas públicas, etc. que las perpetúan en el tiempo¹⁹.

Así, se ha postulado que los roles tradicionales de género condicionan un mayor riesgo de depresión para las mujeres²⁰. Existen además estilos diferentes de crianza y características psicológicas como los estilos de afrontamiento pasivos, o la falta de asertividad,²¹ y a condiciones socioculturales desfavorables, como la feminización de la pobreza, la segregación laboral, la doble jornada y la desproporcionada exposición a la violencia.

Los estudios de la Organización Mundial de la Salud y muchos otros han demostrado que la depresión es el trastorno mental más frecuente en las mujeres que sufren violencia del compañero íntimo (VCI) y que ésta se²² asocia también con alto riesgo de suicidio e intento suicida.

Desde la concepción teórica elaborada por el proyecto, se reconocen los siguientes factores de riesgo para la depresión en las mujeres:

EN EL NIVEL INDIVIDUAL, ASPECTOS COMO:

- Desconocer sus derechos en cuanto a salud.
- Estar expuestas y vivir situaciones de violencia física, psicológica y/o sexual
- Tener problemas de salud sexual y salud reproductiva como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, abortos inseguros, dificultad en la vida sexual, entre otros.
- Asumir sola la crianza de los hijos e hijas, y con sobrecarga, además, por cuidar a otros familiares como nietos/as, abuelos/as.
- Dependere económicamente de la pareja o de otras personas de su entorno.
- Asumir todas las tareas del hogar (sobrecarga de trabajo). La doble jornada de trabajo (labores fuera del hogar y dentro de este).

EN EL ENTORNO FAMILIAR-SOCIAL, ASPECTOS COMO:

- Falta de oportunidades económicas (incluida la laboral).
- Asumir y/o vivir la violencia como algo natural.
- Falta de redes de apoyo social (organizaciones de mujeres u otras), especialmente cuando es víctima de violencia.
- Aceptar sin cuestionamientos la infidelidad masculina.
- Difícil acceso a servicios de calidad para atención de la violencia y la salud mental.
- Inseguridad ciudadana que las expone a situaciones de violencia cotidianamente.

2 El Proyecto ha sido ejecutado por el Movimiento Manuela Ramos, gracias al auspicio de la Unión Europea entre los años 2011-2013 con ampliación hasta abril de 2014.

4.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuantitativo de corte transversal con diseño observacional descriptivo de análisis de casos y controles independientes.

La muestra la constituyeron 113 mujeres de 18 a 59 años que residan por lo menos 6 últimos meses en los distritos de Ucayali (Manantay, Callería y Yarinacocha), Lima (Villa el Salvador y San Juan de Miraflores) y Junín (Chilca y Huancayo SRQ > 9 y test de Zung > igual 50 puntos. El muestreo fue aleatorio por conglomerados monoetápicos. Los criterios de exclusión fueron que se negara a participar, o que sufriera de un trastorno psiquiátrico aparte de depresión. Se excluyó asimismo a las participantes cuyas fichas tuvieran más del 20% de reactivos sin contestar.

EL ESTUDIO SE REALIZÓ EN CUATRO ETAPAS:

1. "Piloto" para la determinación de la frecuencia del factor de exposición (violencia) y realizar los ajustes a los instrumentos
2. Entrenamiento de encuestadores, para lograr uniformidad en el llenado de los instrumentos
3. Determinación de casos y controles, usando las SRQ-18 y test de Zung como instrumentos de tamizaje; los controles se obtuvieron en la misma manzana que los casos
4. Evaluación de la población en estudio, mediante la aplicación de : Ficha Epidemiológica, SRQ-18 (Self Report Questions), Test de Zung, Test de APGAR Familiar, Escala de Eventos Vitales de Sucesos de Vida (HOLMES Y RAHE), Cuestionario de Violencia Intrafamiliar, Cuestionario de Género, Cuestionario de Dependencia Emocional, Encuesta APEIM adaptada, Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:

Se usó estadística descriptiva con medición de frecuencias absolutas y relativas, medias, desviación estándar, según sean variables cualitativas o cuantitativas. Para el análisis inferencial se empleó un nivel de significancia con $p < 0,05$ y cálculo de intervalo de confianza al 95%, con la obtención de medidas de asociación Chi2 y OR para determinar la asociación y fuerza de asociación entre variables; además se realizó análisis multivariado con regresión logística binaria para la obtención de OR ajustados. Los análisis se realizaron teniendo en cuenta la población general y por regiones del país.

5.

RESULTADOS

En el análisis global la edad, el estado civil, el ser jefa de hogar y el nivel de instrucción se encuentran relacionados con el riesgo de depresión, como se muestra en la Tabla 1.

TABLA 1

Características sociodemográficas de mujeres participantes en el estudio en las tres regiones del Perú, en el 2013.

Características	Depresión (n=294)		Control (n=352)		Valor p
	n/x	%/ds	n/x	%/ds	
Edad	35,5	±11,82	32,95	±10,79	p<0,05
Estado Civil					
Soltera	96	32,65%	132	37,50%	p<0,05
Conviviente	84	28,57%	122	34,66%	
Casada	59	20,07%	72	20,45%	
Divorciada/separada	41	13,95%	15	4,26%	
Viuda	14	4,76%	11	3,13%	
Vive con Pareja (Sí)	150	51,02%	212	60,23%	p<0,05
Tipo de Seguro	171	58,16%	187	53,13%	p>0,05
Essalud	65	22,11%	87	24,72%	p>0,05
SIS	104	35,37%	96	27,27%	
FFAA y PNP	0	0,00%	3	0,85%	
Privado	2		1		
Participación en alguna Organización					
Religiosa	6	2,04%	5	1,42%	p<0,05
Comités Vecinales	2	0,68%	2	0,57%	
Promotores de Salud	4	1,36%	3	0,85%	
Programa de Vaso de Leche	34	11,56%	31	8,81%	
Asociaciones	2	0,68%	5	1,42%	
Otros	75	25,51%	65	18,47%	
Grado de Instrucción					
Primaria	92	31,29%	72	20,45%	p<0,05
Secundaria	162	55,10%	180	51,14%	
Superior Técnica	29	9,86%	56	15,91%	
Universitaria	9	3,06%	41	11,65%	
Postgrado	2	0,68%	3	0,85%	
Tiene trabajo actualmente	174	59,18%	182	51,70%	p<0,05
Nivel Socioeconómica					
Nivel A	1	0,34%	1	0,28%	p>0,05
Nivel B	9	3,06%	30	8,52%	
Nivel C	71	24,15%	117	33,24%	
Nivel D	114	38,78%	119	33,81%	
Nivel E	99	33,67%	85	24,15%	

FFAA y PNP: Fuerzas Armadas y Policía Nacional

Respecto de los factores asociados, encontramos que la percepción de disfunción familiar y de dependencia emocional, la escasa actividad recreativa, un mayor puntaje en la escala de eventos vitales y la exposición a la violencia en el hogar se encuentran relacionados con la depresión de manera significativa.

TABLA 2

Frecuencia de los factores asociados a la depresión en las mujeres participantes del estudio de las tres regiones del Perú, en el 2013

Factores	Depresión (n=294)		Control (n=352)		Valor p
	N	%	N	%	
Apgar Familiar					
Altamente Funcional	160	54,42%	313	88,92%	p<0,05
Disfuncional Moderado	91	30,95%	33	9,38%	
Disfuncional Severo	43	14,63%	6	1,70%	
Dependencia Emocional					
Sí	85	28,91%	56	15,91%	p<0,05
No	65	22,11%	156	44,32%	
Actividad Recreación					
Una vez a la semana	36	12,24%	77	21,88%	p<0,05
Dos veces al mes	36	12,24%	68	19,32%	
Una vez al mes	72	24,49%	66	18,75%	
Nunca	150	51,02%	141	40,06%	
Pareja Infel					
Sí	87	29,59%	72	20,45%	p<0,05
No	42	14,29%	99	28,13%	
No sabe	165	56,12%	181	51,42%	

La evaluación bivariada de los factores de riesgo muestra que la violencia, la percepción de disfunción familiar, la percepción de dependencia emocional y la falta de actividad recreativa incrementan el riesgo de depresión en 10.71, 14.01, 3.64 y 2.33 veces respectivamente. Es decir, una mujer con depresión estuvo expuesta diez veces a violencia en la familia. (Tabla 3)

TABLA 3

Evaluación bivariada de factores de riesgo para depresión en mujeres participantes del estudio en las tres regiones del Perú, en el 2013.

Factores	OR	IC95%	P
Apgar Familiar			
Altamente Funcional	-	-	-
Disfuncional Moderado	5,39	3,47-8,36	p<0,05
Disfuncional Severo	14,01	5,84-33,63	p<0,05
Dependencia Emocional			
Sí	3,64	2,33-5,67	p<0,05
No			
Actividad Recreación			
Una vez a la semana	-	-	-
Dos veces al mes	1,13	0,64-1,98	p>0,05
Una vez al mes	2,33	1,39-3,90	p<0,05

Nunca	2,27	1,44-3,58	p<0,05
Pareja Infiel			
Sí	2,84	1,76-4,58	p<0,05
No			
No sabe	-	-	-
Estrés-Suceso de Vida			
Alto	0,48	0,32-0,72	p<0,05
Medio	0,43	0,17-1,06	p>0,05
Bajo	-	-	-
Violencia Intrafamiliar			
VIF grave	7,35	1,58-39,01	p<0,05
VIF	10,71	5,51-20,78	p<0,05
Inicio VIF			
No VIF	2,87	1,69-4,8	p<0,05

Respecto del impacto sobre la calidad de vida, se encontró afectación en todas las dimensiones, como se muestra en la Tabla 4.

TABLA 4

Dimensiones de Calidad de vida y depresión en mujeres participantes del estudio en las tres regiones del Perú, en el 2013

Componente	Depresión		p
	Si	No	
Salud General	48,49±19,97	62,74±16,05	p<0,05
Salud Física	85,83±17,54	93,47±12,06	p<0,05
Rol Físico	70,83±41,74	86,72±31,11	p<0,05
Rol Emocional	47,39±45,32	83,81±33,85	p<0,05
Función Social	66,75±18,76	81,89±16,33	p<0,05
Dolor Corporal	61,00±25,76	76,74±25,52	p<0,05
Vitalidad	49,34±16,22	66,79±14,38	p<0,05
Salud Mental	53,52±16,29	70,56±12,88	p<0,05
Componente Físico	66,54±20,38	79,91±16,26	p<0,05
Componente Mental	45,46±16,82	63,78±13,05	p<0,05

La Tabla 5 muestra los resultados de la evaluación multivariada de las características demográficas, donde se observa que el incremento de la edad aumenta el riesgo de depresión y que el aumento del NSE reduce el riesgo en 9%.

TABLA 5

Análisis Multivariado para depresión de características demográficas en mujeres participantes en el estudio de las tres regiones del Perú, en el 2013.

Características demográficas	OR	IC95%	p
Edad	1,01	1,00-1,03	p<0,05
NSE	0,91	0,87-0,95	p<0,05
Promedio Pers/Hab,	1,13	0,97-1,31	p>0,05

En el análisis multivariado de los factores de género se observó que la violencia basada en género incrementa el riesgo de depresión en 30% (OR=1.30, CI=1.22-1.40. p<0.05)

6. DISCUSIÓN

La relación entre violencia de género y depresión es bien conocida y se encuentra documentada ampliamente^{23,24,25} por lo que no nos sorprende que éste sea el hallazgo principal de nuestro trabajo.

La influencia de la edad y el nivel socio-económico también se han documentado antes, pues estas son manifestaciones del impacto de la subordinación de género, que se considera crucial en la incidencia de las manifestaciones de depresión y ansiedad en las mujeres, como expresión del malestar de género²⁶. La influencia de la persistencia de los roles tradicionales a pesar de otros cambios sociales se encuentra relacionada con tasas de prevalencia de depresión superiores a las que se encuentra en lugares donde los roles están cambiando.²⁷

La constatación de la percepción de disfunción familiar y de dependencia emocional en mujeres depresivas nos invita a tomar en cuenta las manifestaciones cognoscitivas de la depresión, donde los mecanismos descritos por Beck (la triada cognitiva: visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro) filtran la percepción y el recuerdo de los estímulos. Así, la persona se percibe incapaz, dependiente, poco activa, escasamente inteligente y ve a los que le rodean igualmente desvalorizados y desfavorables. Solamente mediante estudios longitudinales se puede apreciar el peso relativo de estos factores asociados en la aparición de un episodio dado.

7. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las mujeres con depresión en nuestra muestra son las mismas que se ha encontrado en otros trabajos en países de ingresos medios o bajos: mayor edad, menor nivel educativo, estar separada/abandonada (son jefas de hogar), estado civil viuda o divorciada y menor nivel socioeconómico, en Pucallpa se registra mayor depresión en mujeres actualmente empleadas. Los factores de riesgo detectados, a nivel de la muestra general son la exposición a la violencia intrafamiliar y haber sufrido un evento vital calificado altamente estresante. Para Junín un factor de riesgo es la falta de acceso a trabajo, mientras que para Lima no lo es. Estos hallazgos corroboran que la depresión de las mujeres se encuentra relacionada a las condiciones de vida, la posición de subordinación y la experiencia de violencia.

2. Las mujeres con depresión muestran afectación de la calidad de vida en todas sus dimensiones, dando fundamento a la afirmación que la depresión es una enfermedad severa, con repercusiones graves para quienes la sufren.
3. El derecho de las mujeres al bienestar (es decir la salud, entendida como un estado de bienestar físico, social y psíquico) se ve seriamente amenazado por la persistencia de condiciones socioculturales que permiten o toleran la discriminación contra las mujeres y la violencia basada en género.
4. Del mismo modo, la falta de atención de este trastorno (por carencia de personal y recursos para el reconocimiento y el manejo oportuno) constituyen una vulneración del derecho de las mujeres al más alto nivel de salud.
5. Es interesante notar que, a pesar de las obvias diferencias geográficas y culturales entre las tres sedes del estudio (situadas una en la zona periurbana de la capital del país, otra en la zona periurbana de una ciudad andina de alto movimiento comercial y la tercera en una ciudad amazónica de reciente crecimiento acelerado) las características sociodemográficas y los factores de riesgo son los mismos, excepto la condición de empleo actual en Pucallpa. Este hallazgo nos obliga a desechar mitos acerca de la relación de la depresión con características de personalidad o culturales y a centrarnos en las características comunes (pobreza, bajo nivel educativo, falta de apoyo, desigualdad de género) y en el factor de riesgo más importante encontrado: la violencia contra las mujeres.

8.

RECOMENDACIONES

1. Debido a la alta prevalencia de la depresión se debe incluir intervenciones para el reconocimiento y manejo de los síntomas depresivos y ansiosos en todos los niveles de atención sanitaria. Puesto que las mujeres se aproximan a los servicios de salud mayoritariamente por motivos relacionados a la reproducción, debe haber mayor atención a los aspectos emocionales en los entornos donde se atiende la salud sexual y reproductiva.
2. Siguiendo las recomendaciones del programa Mental Health Gap (que busca cerrar las brechas de atención en salud mental), las intervenciones en salud mental deben ser multidisciplinarias, con personal capacitado según las Guías de Práctica Clínica vigentes, se debe propiciar un afronte multimodal y de acuerdo con la severidad del trastorno. Este modelo requiere redes de referencia y contrareferencia bien establecidas y funcionantes y la disponibilidad de especialistas con competencias para capacitar y supervisar a los prestadores no especialistas y también para brindar atención a los casos más complejos. Poniendo especial atención en abordar el impacto de las desigualdades de género en la vida de las mujeres.
3. De acuerdo a las recomendaciones vigentes, el manejo de la depresión debe trascender los modelos reduccionistas farmacológicos y buscar un cambio de estilo de vida que le permita a las mujeres enfrentarse a los estresores de manera más exitosa.
4. En vista de la fuerte asociación entre violencia y depresión, se debe realizar esfuerzos, desde todos los sectores, para disminuir el riesgo de las mujeres de sufrir violencia por parte de la familia y su entorno social. Este riesgo es desproporcionadamente alto en nuestro país y constituye un factor de discriminación contra las mujeres, al no permitirles gozar del derecho a vivir con dignidad y bienestar. Esto incluye la necesidad de que el personal de los establecimientos de salud esté preparado y dispuesto para brindar apoyo de primera línea la mujer que reporta violencia²⁸, fortaleciendo los factores protectores como el reconocimiento de su derecho al bienestar emocional.

REFERENCIAS

- 1 Instituto especializado de salud mental "Honorio Delgado - HideyoNoguchi", Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003, Lima: IESM HDHN; 2003.
- 2 Instituto especializado de salud mental "Honorio Delgado - HideyoNoguchi", Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004, Lima: IESM HD-HN; 2004.
- 3 Instituto especializado de salud mental "Honorio Delgado - HideyoNoguchi", Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004, Lima: IESM HD-HN; 2004
- 4 Beusenber M, Orley J: A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994
- 5 Zung WW. A self rating depression scale. *Arh Gen Psychiatr* 1965; 12: 63-70
- 6 Consejería de Salud, Servicio Anadaluz de Salud. Cuestionario APGAR Familiar en http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf, visto el 18 abril 2014
- 7 Holmes, T.H. y Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11:213-218.
- 8 Lemos-Hoyos N, Londoño-Arredondo M: Construcción y Validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en Población Colombiana. *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA* 9(2): 127-140, 2006.
- 9 Niveles Socio Económicos de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, disponible en http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag41-45.pdf, vista el 18 abril 2014
- 10 La escala SF-36 en <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml> vista el 18 abril 2014
- 11 6. World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease 2004 update, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf, p,
- 12 Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(3):163–174.
- 13 Arnold LE. Sex differences in ADHD: conference summary. *J Abnorm Child Psychol* 1996;24(5): 555–569.
- 14 Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2(5): e141.
- 15 Halbreich U, Lumley LA The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance. *J Affect Disord*. 1993 Oct-Nov;29(2-3):159-73
- 16 Maes M, Meltzer HY (1995) The serotonin hypothesis of major depression. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, eds Bloom FE, Kupfer DJ (Raven Press, New York), pp 933–944.
- 17 Wei J, Yuen EY, Liu W, Li X, Zhong P, Karatsoreos IN, McEwen BS, Yan Z. Estrogen protects against the detrimental effects of repeated stress on glutamatergic transmission and cognition. *Mol Psychiatry*. 2013 Jul 9
- 18 Sen, G., George, A. & Östlin, P. (2002) Engendering Health Equity: A review of research and policy IN SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (Eds.) Engendering International Health - the challenge of Equity Cambridge, MIT Press
- 19 15. Scott, Joan- El género: una categoría útil para el análisis histórico», en El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual, Ed. PUEG, México, 1996
- 20 Seedat et al: Cross National associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys *Arch Gen Psychiatry*. 2009 July; 66(7): 785–795.
- 21 Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10: 173-175, 2001
- 22 Devries K1, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, Heise L, Durand J, Mbawambo J, Jansen H, Berhane Y, Ellsberg M, Garcia-Moreno C; WHO Multi-Country Study Team. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*. 2011 Jul;73(1):79-86
- 23 Campbell J: Health consequences of intimate partner violence, *Lancet* 2002; 359: 1331–36
- 24 Campbell JC, Kub J, Belknap RA, Templin T. Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women* 1997; 3:271–93
- 25 Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis, *PLoS One*, 2012; 7(12)
- 26 Burin, Mabel (1991). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.
- 27 Seedat et al: Cross National associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys *Arch Gen Psychiatry*. 2009 July; 66(7): 785–795.)
- 28 WHO. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 , p 3



UNIÓN EUROPEA

www.manuela.org.pe