

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**“PERCEPCIÓN Y PREVALENCIA DE VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA EN
MUJERES MEXICANAS”**

POR

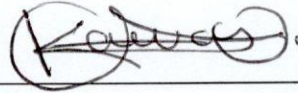
DRA. LORENA ORTIZ GALVÁN

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

ENERO 2024

**“PERCEPCIÓN Y PREVALENCIA DE VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA EN
MUJERES MEXICANAS”**

Aprobación de la tesis:



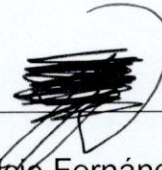
Dr. Omar Kawas Valle
Director de la tesis



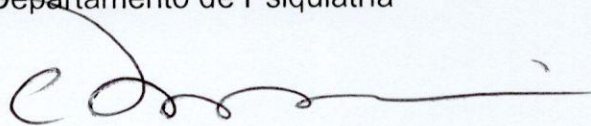
Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza del Departamento de Psiquiatría



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación del Departamento de Psiquiatría



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe del Departamento de Psiquiatría



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Expreso mi profundo agradecimiento a mis profesoras y profesores del Departamento de Psiquiatría por su constante respaldo a lo largo de este camino, así como por la influencia singular que cada uno ha tenido en el desarrollo de este proyecto.

A mis padres, quienes han sido mi mayor motor en cada etapa de mi vida.

A mis hermanas Valis, Lily y Ale, cuya curiosidad y rebeldía han sido fuente de inspiración.

A mi esposa, por su apoyo inquebrantable, por sus palabras de aliento en los momentos más difíciles y por seguir compartiendo la felicidad de nuestros logros.

Por último, deseo reconocer el invaluable aporte del Dr. Omar Kawas, mi director de tesis, por sus enseñanzas que trascienden lo académico y su calidez humana, aspectos fundamentales en mi formación y sin los cuales este trabajo no habría sido posible.

ÍNDICE

Capítulo I

1. RESUMEN	1
------------------	---

Capítulo II

2. INTRODUCCIÓN	3
-----------------------	---

Capítulo III

3. HIPÓTESIS	10
--------------------	----

Capítulo IV

4. OBJETIVO	11
-------------------	----

Capítulo V

5. MATERIALES Y MÉTODOS	12
-------------------------------	----

Capítulo VI

6. RESULTADOS.....	23
--------------------	----

Capítulo VII

7. DISCUSIÓN	44
--------------------	----

Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN.....	48
--------------------	----

Capítulo IX

9. BIBLIOGRAFÍA.....	50
----------------------	----

Capítulo X

10. ANEXOS.....	53
-----------------	----

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	55
---------------------------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad, nivel académico y ocupación de las pacientes.....	48
Tabla 2. Estado civil y orientación sexual de las pacientes.....	48
Tabla 3. Violencia percibida e identificada en las mujeres.....	48
Tabla 4. Subtipos de violencia por subgrupo poblacional.....	48
Tabla 5. Presencia de síntomas depresivos por PHQ-9.....	48
Tabla 6. Presencia de síntomas de ansiedad por GAD-7.....	48
Tabla 7. Nivel de afectación y percepción de apoyo y estrés en las pacientes.....	48
Tabla 8. Correlación de puntaje de WAST con escalas de depresión, ansiedad y niveles de afectación, estrés y apoyo social percibido.....	48
Tabla 9. Factores sociodemográficos y psiquiátricos asociados con la presencia de violencia por WAST.....	48
Tabla 10. Análisis de regresión logística para la identificación de factores independientes asociados con violencia por WAST.....	48

CAPÍTULO I.

RESUMEN

Introducción: Los datos publicados sugieren que las mujeres con enfermedades mentales crónicas se encuentran en riesgo elevado de victimización por parte de sus parejas. Se necesita identificar factores de riesgo de victimización por parte de una pareja íntima como predictores de la violencia cometida hacia personas con enfermedades mentales.

Objetivo: Determinar la prevalencia de distintos tipos de violencia íntima de pareja (física, verbal, emocional, económica o sexual) presente o pasada en mujeres que acuden a la consulta externa del departamento de Psiquiatría.

Métodos: Estudio de tipo encuesta, transversal, observacional. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, de nacionalidad mexicana, que refieran deseos de participar en encuesta en línea y que tengan o hayan tenido por lo menos una relación de pareja en el último año. Se aplicó una encuesta conformada por un cuestionario sociodemográfico, una pregunta de tamizaje de percepción de violencia de pareja (¿Consideras que en tu relación de pareja sufres o has sufrido de violencia física, psicológica, económica o sexual?) y la versión validada al español del Women Abuse Screening Tool (Pruebas de la violencia contra la mujer), seguido de el cuestionario PHQ-9 para síntomas depresivos, la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Screener), el Inventario de Discapacidad de Sheehan para valorar el impacto de los síntomas en la calidad de vida.

Resultados: Se incluyeron un total de 368 mujeres, de las cuales 56 (15.2%) correspondieron a pacientes de un servicio de psiquiatría de primera vez y 312 (84.8%) correspondieron a mujeres de la población general. De acuerdo con la escala de WAST84 (22.8%) mujeres mostraban presentar violencia de algún tipo, siendo mayor en pacientes del servicio de Psiquiatría (44.6% vs. 18.9%, $P < 0.001$). Las pacientes de un servicio de psiquiatría de primera vez tuvieron una prevalencia más alta de violencia psicológica (58.9% vs. 36.2%, $P = 0.001$). Documentamos que tener una edad menor a 35 años (OR 0.14, IC 95% 0.07-0.31; $P < 0.001$) y tener pareja (OR 0.38, IC 95% 0.18-0.81; $P = 0.012$) fueron factores protectores independientes de violencia; mientras que vivir sola (OR 3.34, IC 95% 1.25-8.96; $P = 0.016$), tener depresión clínicamente significativa (OR 2.42, IC 95% 1.18-4.95; $P = 0.015$) o ansiedad clínicamente significativa (OR 2.87, IC 95% 1.41-5.86; $P = 0.004$) fueron factores de riesgo independientes para presentar violencia.

Conclusión: La prevalencia de violencia fue alta en nuestra población, siendo mayor en las pacientes que acuden por primera vez al servicio de Psiquiatría por cualquier motivo. Encontramos algunos factores asociados con mayor riesgo de violencia, como presencia de depresión o ansiedad clínicamente significativa o vivir sola, mientras que de forma interesante, tener una edad menor de 35 años y tener/vivir con pareja fueron factores protectores.

CAPÍTULO II.

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

La Violencia Íntima de Pareja (IPV por sus siglas en inglés), según la CDC, se define como toda violencia física, violencia sexual, violencia psicológica o acoso por parte de una pareja íntima actual o anterior. Las parejas íntimas pueden incluir a esposos, novios, compañeros sentimentales o parejas sexuales, actuales o anteriores. Este tipo de violencia es proporcionalmente más común en mujeres en edad reproductiva que en cualquier otro grupo poblacional. Se han descrito múltiples consecuencias de este tipo de violencia, que van desde lesiones físicas hasta problemas de salud mental, los cuales persisten aún tiempo después de haber terminado la situación de violencia. (Elizabeth Miller, 2019).

Se divide la IPV en cuatro grandes grupos. El primero siendo la violencia física que incluye golpear, ahorcar, estrujar, morder, agarrar, quemar, arañar, jalar el pelo y amenazar con el uso o el uso de un arma y la restricción de la libertad, entre otros actos físicos. La violencia sexual incluye actos sexuales forzados o intentos de estos, incluye actos llevados a cabo cuando la pareja es incapaz de dar su consentimiento debido al uso de alcohol, drogas o alguna discapacidad mental. La siguiente es la violencia psicológica la cual incluye el uso de comunicación verbal y no verbal para dañar a otra persona y para ejercer control

sobre sus comportamientos o decisiones, por ejemplo humillación, explotación, control de decisiones de salud sexual o amenazas de violencia, así como posteriormente limitar el acceso al dinero, amigos o familia, monitoreo excesivo o amenazas de hacer daño a uno mismo o a otros. Por último se encuentra el “stalking” o acecho que consiste en atención continua no requerida que causa que la persona sienta miedo por su propia seguridad o la de alguien más. Ejemplos de esto incluye seguir, observar, mensajes de texto o llamadas repetitivas con la intención de monitorear, espionaje, dejar regalos o daños a la propiedad. (Breiding M, 2015).

La IPV puede ocurrir en cualquier tipo de relación íntima y aunque también puede ser dirigida hacia hombres, afecta mayoritariamente a mujeres y minorías sexuales (Donna E Stewart, 2020).

Históricamente la Violencia Íntima de pareja se ha estudiado bajo distintos términos, también se refiere a la llamada Violencia Familiar, Violencia Doméstica o Abuso de Pareja. Sin embargo estos términos son menos específicos ya que pueden incluir abuso hacia niños. En términos de violencia hacia la mujer también se ha llamado Maltrato de la Mujer o se habla incluso de “La mujer maltratada”. Fue en 1993 que se adopta el término Violencia Íntima de Pareja por Carol E. Jordan en su estudio titulado “Tras puertas cerradas: violencia íntima” en el cual hace referencia a este tipo de violencia específica que se ejerce en un contexto

de relación íntima entre víctima y victimario (Jordan, 1993). Desde entonces mucho se ha descrito al respecto, los datos cada vez son más contundentes en describir las consecuencias en la calidad de vida de sus víctimas y en la importancia de su detección oportuna y prevención.

Para hablar de prevalencia de IPV es importante saber que se considera que es más prevalente en la vida de una mujer que condiciones crónicas como la diabetes, la depresión o el cáncer de mama, aún así sigue siendo un problema poco reconocido por los profesionales de la salud (Elizabeth Miller, 2019). Se reportan prevalencias del 15% al 71% a lo largo de la vida de una mujer. Esta condición está asociada a la presencia de síntomas depresivos e intentos de suicidio en un estudio transversal que incluía mujeres en todos los estratos socioeconómicos (Bonomi AE, 2009). Varios autores mencionan que la mayor exposición a diferentes tipos de violencia de las mujeres en relación a los hombres puede explicar la mayor prevalencia de problemas de salud mental como la depresión, intentos de suicidio entre otros en el género femenino (Kendler KS, 2001). Se estima que la prevalencia global de IPV física y/o sexual en mujeres que han tenido pareja íntima a lo largo de su vida es del 30%. De tal manera 1 de cada 4 mujeres ha experimentado violencia física o sexual de parte de su pareja íntima actual o pasada. El pico de prevalencia se encuentra en el rango de 40-44 años. La prevalencia de homicidio por Violencia Íntima de Pareja es de aproximadamente el 13% y se estima que de todos los asesinatos de mujeres el 38% es llevado a cabo por su pareja íntima. (WHO, 2013).

La prevalencia de IPV depende de la región estudiada y varía desde el 23.1% en países desarrollados con Estados Unidos o Canadá hasta un 37.7 en países del Este de Asia. (WHO, 2013). En México esta prevalencia, según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), 7 de cada 10 mujeres ha experimentado violencia a lo largo de su vida. De éstas el 43.9% ha presenciado Violencia Íntima de Pareja en su relación actual o pasada. Un 25.6% ha estado expuesta a IPV en los últimos 12 meses. El pico de prevalencia se encuentra en el rango de edad de 15-24 años. El 35.89% de las mujeres sufre de violencia severa (INEGI, 2016). Esto implica que la violencia que experimentan las mujeres mexicanas se hace presente desde edades más tempranas y a tasas mayores que las globales de violencia.

Se cree que el estrés traumático es el principal mecanismo que explica por qué la violencia íntima de pareja puede causar depresión e intentos de suicidio posteriores. Exposiciones a eventos traumáticos puede provocar estrés, miedo y aislamiento, que a su vez, puede conducir a depresión y comportamiento suicida. (Hyde et al., 2008).

La relación puede ser bidireccional: otros estudios sugieren que las mujeres con graves problemas de salud mental es más probable que sean víctimas de experiencias violentas (Devries et al., 2013).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los datos publicados sugieren que las mujeres con enfermedades mentales crónicas se encuentran en riesgo elevado de victimización por parte de sus parejas. Se necesita investigación adicional para confirmar esta impresión y abordar preguntas sin resolver debido a cuestiones metodológicas deficiencias de la investigación existente. Se necesita identificar factores de riesgo de victimización por parte de una pareja íntima como predictores de la violencia cometida hacia personas con enfermedades mentales. Así como definir la prevalencia en ambas poblaciones de IPV en este momento en específico y relacionarlas con síntomas psiquiátricos y calidad de vida.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de distintos tipos de violencia íntima de pareja (física, verbal, emocional, económica o sexual) presente o pasada en mujeres que acuden por primera vez al servicio de consulta externa del Departamento de Psiquiatría?

JUSTIFICACIÓN

A través de esta investigación se busca proporcionar información que permita crear estrategias de intervención tanto preventivas como terapéuticas sobre la salud mental de pacientes víctimas de Violencia Íntima de Pareja.

La violencia de género representa un problema de salud pública en México con implicaciones significativas en el desarrollo de psicopatología en las víctimas.

Según datos del ENDIREH, 43.9% de las mujeres mayores de 18 años han sufrido algún tipo de violencia íntima de pareja en su relación actual o pasada de manera física, psicológica o sexual. Dos rasgos característicos que dificultan la identificación de los casos de violencia íntima de pareja son la invisibilidad de las víctimas y la normalización de la violencia. En la misma línea, diversos estudios sugieren una asociación entre los problemas íntimos de pareja y la violencia íntima de pareja con un aumento en síntomas depresivos, trastornos de ansiedad con graves consecuencias que impactan tanto en la salud mental de las víctimas como en su calidad de vida. La identificación de la prevalencia de violencia íntima de pareja en mujeres que acuden al Departamento de Psiquiatría al servicio de la consulta externa por primera vez permitiría un abordaje integral de las pacientes y la elaboración de estrategias terapéuticas específicas.

CAPÍTULO III.

HIPÓTESIS

Hipótesis 1: La prevalencia puntual de violencia íntima de pareja en mujeres que acuden al servicio de psiquiatría de la consulta externa por primera vez es mayor que la reportada en la población general de sexo femenino. Así como los síntomas depresivos, trastornos de ansiedad con impactos importantes en la calidad de vida.

Hipótesis 2: La identificación de distintos tipos de violencia íntima de pareja está disminuida en la población que acude al departamento de psiquiatría y no guarda relación con los síntomas depresivos, de ansiedad o con la calidad de vida.

CAPÍTULO IV.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar la prevalencia de distintos tipos de violencia íntima de pareja (física, verbal, emocional, económica, sexual o mutua) presente o pasada en mujeres que acuden a la consulta externa del departamento de Psiquiatría por primera vez.

Objetivos específicos

- Comparar la prevalencia en la población ya mencionada con otro grupo de población general fuera del Departamento de Psiquiatría.
- Comparar dicha prevalencia con la presencia de síntomas depresivos, trastornos de ansiedad y valorar la calidad de vida en ambos grupos poblacionales.

CAPÍTULO V.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se pretende evaluar a una muestra de pacientes femeninas mayores de 18 años que acuden al departamento de Psiquiatría al servicio de consulta externa por primera vez para su manejo farmacológico o psicoterapéutico que otorguen su consentimiento para participar en una encuesta en línea. Después de su evaluación se les invitará verbalmente a participar en este estudio y de haber aceptado se les hará llegar la liga del cuestionario en línea vía Whatsapp, información que se obtendrá de su expediente clínico y posterior a enviar dicho mensaje será eliminada. Por otro lado se publicará la invitación junto con la liga de la encuesta en línea a través de redes sociales para de esta manera recabar la muestra de población general fuera del Departamento de Psiquiatría.

Al inicio del cuestionario se proporcionará el formato del consentimiento informado a lo cual las pacientes podrán responder "Acepto que he leído y decido participar en el estudio", con lo cual se dará inicio al cuestionario. De contestar que no desean participar serán dirigidas al final del cuestionario para posteriormente mandar su respuesta.

Al concluir la evaluación se otorgará material con los números de instituciones que ofrecen ayuda integral a mujeres víctimas de violencia de género en territorio mexicano.

Diseño: Estudio de tipo encuesta, transversal, observacional.

Método: La encuesta estará conformada por un cuestionario sociodemográfico, una pregunta de tamizaje de percepción de violencia de pareja (¿Consideras que en tu relación de pareja sufres o has sufrido de violencia física, psicológica, económica o sexual?) y la versión validada al español del Women Abuse Screening Tool (Pruebas de la violencia contra la mujer).

Seguido de el cuestionario PHQ-9 para síntomas depresivos, la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Screener), el Inventario de Discapacidad de Sheehan para valorar el impacto de los síntomas en la calidad de vida.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de 18 años.
- Nacionalidad mexicana.
- Referir deseos de participar en encuesta en línea.
- Que tengan o hayan tenido por lo menos una relación de pareja en el último año.

Criterios de exclusión

- Personas fuera del rango de edad.
- Hospitalización actual.
- Síntomas psicóticos o deterioro cognitivo.
- Rechazo a participar.

Criterios de eliminación

- Encuesta o cuestionarios llenados de manera incorrecta o incompleta.

Reclutamiento y ejecución

A través de redes sociales se realizará una invitación a participar en la encuesta en línea a través de Cuestionarios Google para la muestra control de población general. De la misma manera la encuesta se hará llegar a las pacientes del Departamento de Psiquiatría que lleguen a la consulta externa por primera vez que hayan aceptado al final de su evaluación participar en el estudio, la invitación junto con la liga del cuestionario se mandará vía Whatsapp. Se obtendrán los números de contacto del expediente clínico y posterior a mandar la invitación dicha información será eliminada.

Tamaño de la muestra

De acuerdo con la prevalencia estimada en 43.9% de violencia íntima de pareja en mujeres de la población general según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares realizada en el 2016 (ENDIREH 2016), se requieren de al menos 315 mujeres que accedan a participar en el presente estudio de investigación, considerando una población finita de 1860 mujeres atendidas en la Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría durante un año natural, de manera que los resultados se encuentren dentro de un intervalo de confianza del 95%, con una precisión del 5%.

$$n = \frac{NZ^2P(1 - P)}{d^2(N - 1) + Z^2P(1 - P)}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra corregida para poblaciones finitas.

N = 1860 (número de mujeres atendidas en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría en el último año según datos recabados de manera interna de dicho departamento de Enero 2019 a Enero 2020).

Z = 1.96 (Valor Z para un intervalo de confianza del 95%).

P = 0.439 (prevalencia estimada de la violencia íntima de pareja de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH])

d = 0.05 (Precisión).

Análisis estadístico

La información obtenida de las encuestas en línea será recopilada hacia una base de datos desarrollada en Microsoft Excel 2020. Se organizarán la información obtenida a partir de las encuestas para su representación en tablas y gráficos. Las características sociodemográficas de los encuestados se organizarán y proveerán por medio de estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se sintetizarán por medidas de tendencia central (media aritmética y mediana) y de dispersión (desviación típica e intervalos de confianza). Las variables cualitativas se expresarán en frecuencias y porcentajes.

Las prevalencias serán expresadas en porcentajes y se determinarán como la proporción entre eventos observados y el total de sujetos de investigación incluidos. Para el objetivo primario, esto se traduce en la proporción entre la cantidad de sujetos con respuestas afirmativas a Violencia Íntima de Pareja y el total de sujetos encuestados. El mismo proceso se realizará para la prevalencia en objetivos secundarios.

El análisis estadístico se realizará en el programa estadístico SPSS versión 24.0. Para el análisis de variables categóricas, se utilizará la prueba de Chi-cuadrada. Para el análisis de las variables cuantitativas (puntaje de las escalas adaptadas a la encuesta en línea) entre los subgrupos o categorías, se utilizará la prueba de T de Student para grupos independientes. Para identificar predictores de síntomas y severidad de ansiedad y estrés se realizarán análisis de regresión logística. Se considerará estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

A continuación se plantea las variables utilizadas y la manera de obtener dichos resultados.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Fuente de información
Presencia de Violencia Íntima de Pareja	Independiente	Se define como toda violencia física, violencia sexual, violencia psicológica o acoso por parte de una pareja íntima actual o anterior (OMS).	Aplicando la versión validada al español del Women Abuse Screening Tool (Pruebas de la violencia contra la mujer) con el puntaje global.	Categórica	Cuestionario en línea.
Tipo de Violencia	Independiente	Violencia física, psicológica, económica o sexual.	Aplicando la versión validada al español del Women Abuse Screening Tool (Pruebas de la violencia contra la mujer) al contestar "algunas veces" o "frecuentemente" en las preguntas de la 3-8 del WAST.	Categórica	Cuestionario en línea.
Depresión	Dependiente	La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una	Aplicando la escala PHQ-9 según la puntuación: - 1-4: depresión mínima - 5-9: depresión	Ordinal	Cuestionario en línea.

		pérdida de interés en realizar diferentes actividades.	leve - 10-14: depresión moderada - 15-19: depresión moderadamente grave - 20-27: depresión grave		
Ansiedad	Dependiente	La ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones. Puede ser una reacción normal al estrés.	Aplicando la escala GAD-7 según la puntuación: - 0-4: Sin ansiedad - 5-9: Ansiedad leve - 10-14: Ansiedad moderada - 15-21: Ansiedad severa	Ordinal	Cuestionario en línea.
Discapacidad global	Dependiente	Deficiencia en el sujeto con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características.	Aplicando la escala de discapacidad de Sheehan. Se califica del 0-50 dependiendo de la gravedad de la discapacidad. - 10-19: Leve- 20-34: Moderado - 35- 44: Marcadamente - 45- 50: Extremadamente	Ordinal	Cuestionario en línea.

Metodología de confidencialidad

Los datos que se obtengan serán totalmente confidenciales y únicamente serán evaluados por el equipo de investigación de este protocolo. Los cuestionarios de los participantes serán enviados a una cuenta de correo electrónico a la cual sólo tendrán acceso los integrantes del equipo de investigación.

Posteriormente a la realización del estudio procederá a ser eliminada.

CAPÍTULO VI.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 368 mujeres, de las cuales 56 (15.2%) correspondieron a pacientes psiquiátricas y 312 (84.8%) correspondieron a mujeres de la población general.

El grupo etario más prevalente en la población general fueron mujeres de 25-34 años (59%), seguido de 18-24 años (24.7%), mientras que de la población psiquiátrica, los grupos más prevalentes fueron mujeres de 18-24 años (50%) y 25-34 años (35.7%) ($P=0.003$). Las mujeres de la población general tenían a tener más estudios de licenciatura (68.6%) comparado con el grupo de pacientes del Departamento de Psiquiatría, que tendía a tener una representación mayor de mujeres con menor nivel académico ($P<0.001$). Una mayor proporción de mujeres de la población general eran empleadas (44.6%), mientras que la mitad de las pacientes psiquiátricas eran estudiantes al momento del estudio ($P<0.001$) (tabla 1).

Tabla 1. Edad, nivel académico y ocupación de las pacientes.

Variable	Global	Población general	Población de psiquiatría	P
Edad (años)				0.003
18-24 años	105 (28.5%)	77 (24.7%)	28 (50%)	
25-34 años	204 (55.4%)	184 (59%)	20 (35.7%)	
35-44 años	32 (8.7%)	28 (9%)	4 (7.1%)	
45-54 años	23 (6.3%)	19 (6.1%)	4 (7.1%)	
55-64 años	4 (1.1%)	4 (1.3%)	0 (0%)	
Nivel académico				<0.001
Secundaria	4 (1.1%)	1 (0.3%)	3 (5.4%)	
Preparatoria	43 (11.7%)	31 (9.9%)	12 (21.4%)	
Técnica	19 (5.2%)	12 (3.8%)	7 (12.5%)	
Licenciatura	243 (66%)	214 (68.6%)	29 (51.8%)	
Posgrado	59 (16%)	54 (17.3%)	12 (21.4%)	
Ocupación				<0.001
Desempleada	8 (2.2%)	6 (1.9%)	2 (3.6%)	
Empleada	156 (42.4%)	139 (44.6%)	17 (30.4%)	
Estudiante	114 (31%)	86 (27.6%)	28 (50%)	
Hogar	21 (5.7%)	16 (5.1%)	5 (8.9%)	
Jubilada/pensionada	1 (0.3%)	0 (0%)	1 (1.8%)	
Otra	2 (0.5%)	1 (0.3%)	1 (1.8%)	
Profesionista	66 (17.9%)	64 (20.5%)	2 (3.6%)	

Una mayor proporción de mujeres de la población general eran casadas (25% vs. 12.5%, $P=0.032$). No se encontraron diferencias en la proporción de pacientes con diferente tipo de orientación sexual o que se identificaran como LGBT+ (tabla 2).

Tabla 2. Estado civil y orientación sexual de las pacientes.

Variable	Global	Población general	Población de psiquiatría	P
Estado civil				0.032
Casado	85 (23.1%)	78 (25%)	7 (12.5%)	
Separado/divorciado	19 (5.2%)	12 (3.8%)	7 (12.5%)	
Soltero	231 (62.8%)	194 (62.2%)	37 (66.1%)	
Unión libre	31 (8.4%)	26 (8.3%)	5 (8.9%)	
Viuda	2 (0.5%)	2 (0.6%)	0 (0%)	
Orientación sexual				0.295
Bisexual	49 (13.3%)	41 (13.1%)	8 (14.3%)	
Heterosexual	302 (82.1%)	257 (82.4%)	45 (80.4%)	
Homosexual	5 (1.4%)	4 (1.3%)	1 (1.8%)	
Otro	10 (2.7%)	9 (2.9%)	1 (1.8%)	
Pansexual/demisexual	1 (0.3%)	0 (0%)	1 (1.8%)	
Queer	1 (0.3%)	1 (0.3%)	0 (0%)	
LGBT+	56 (15.2%)	46 (14.7%)	10 (17.9%)	0.55

Del total de las mujeres, 17 (4.6%) refería haber sufrido algún tipo de violencia, siendo ligeramente mayor en pacientes psiquiátricas (5.4% vs. 4.5%, P=0.006). De acuerdo con la escala WAST, las pacientes psiquiátricas reportaban un mayor puntaje global (5.5 vs. 2 puntos, P<0.001). De acuerdo con la escala de WAST, en la que un puntaje de 15 o más puntos se considera como presencia de violencia, 84 (22.8%) mujeres mostraban presentar violencia de algún tipo, siendo mayor en pacientes psiquiátricas (44.6% vs. 18.9%, P<0.001) (tabla 3).

Tabla 3. Violencia percibida e identificada en las mujeres.

Variable	Global	Población general	Población de psiquiatría	P
Considera sufrir violencia física, psicológica, económica, sexual	-			0.006
Sí	17 (4.6%)	14 (4.5%)	3 (5.4%)	
No	155 (42.1%)	121 (38.8%)	34 (60.7%)	
No sabe	196 (53.3%)	177 (56.7%)	19 (33.9%)	
Puntaje WAST	2.5 (1-6)	2 (1-5)	5.5 (2-9)	<0.001
Violencia (WAST ≥15 pt)	84 (22.8%)	59 (18.9%)	25 (44.6%)	<0.001

En general, la prevalencia de violencia física fue del 10.6%; de violencia psicológica del 39.7%; de violencia económica del 11.7%; de violencia verbal del 29.1%; de violencia sexual del 26.1%. Las pacientes psiquiátricas tuvieron una prevalencia más alta de violencia psicológica (58.9% vs. 36.2%, $P=0.001$), sin embargo, la prevalencia del resto de tipos de violencia fue similar (tabla 4).

Tabla 4. Subtipos de violencia por subgrupo poblacional.

Tipo de violencia	Global	Población general	Población de psiquiatría	P
Violencia física	39 (10.6%)	29 (9.3%)	10 (17.9%)	0.055
Violencia psicológica	146 (39.7%)	113 (36.2%)	33 (58.9%)	0.001
Violencia económica	43 (11.7%)	35 (11.2%)	8 (14.3%)	0.511
Violencia verbal	107 (29.1%)	85 (27.2%)	22 (39.3%)	0.068
Violencia sexual	96 (26.1%)	78 (25%)	18 (32.1%)	0.262

En general, las pacientes psiquiátricas tuvieron un puntaje mayor de PHQ-9 (16 vs. 5 puntos, $P<0.001$), y un mayor porcentaje de ellas se definía con depresión de cualquier severidad ($P<0.001$) (tabla 5). De la misma manera, las pacientes psiquiátricas mostraron puntajes más altos de GAD-7 (12 vs. 6 puntos, $P<0.001$) y presencia de ansiedad de cualquier severidad ($P<0.001$) (tabla 6).

Tabla 5. Presencia de síntomas depresivos por PHQ-9.

Variable	Global	Población general	Población de psiquiatría	P
Puntaje PHQ-9	6 (3-12)	5 (2-10)	16 (7-21)	<0.001
Interpretación				<0.001
Normal	154 (41.8%)	148 (47.4%)	6 (10.7%)	
Leve	95 (25.8%)	84 (26.9%)	11 (19.6%)	
Moderado	49 (13.3%)	42 (13.5%)	7 (12.5%)	
Moderado a severo	33 (9%)	22 (7.1%)	11 (19.6%)	
Severo	37 (10.1%)	16 (5.1%)	21 (37.5%)	

Tabla 6. Presencia de síntomas de ansiedad por GAD-7.

Variable	Global	Población general	Población de psiquiatría	P
Puntaje GAD-7	7 (3-12)	6 (3-11)	12 (6.2-17.7)	<0.001
Interpretación				<0.001
Normal	137 (37.2%)	128 (41%)	9 (16.1%)	
Leve	105 (28.5%)	96 (30.8%)	9 (16.1%)	
Moderado	82 (22.3%)	64 (20.5%)	18 (32.1%)	
Severo	44 (12%)	24 (7.7%)	20 (35.7%)	

Las pacientes que acudieron al Servicio de Psiquiatría presentaron mayores medianas de puntajes de afectación o limitación en el trabajo (5 vs. 2 puntos, $P < 0.001$), vida social (7 vs. 2 puntos, $P < 0.001$) y vida familiar (5.5 vs. 2 puntos, $P < 0.001$), así como mayor estrés percibido (7 vs. 3 puntos, $P < 0.001$), pero no de apoyo social percibido (8 vs. 7 puntos, $P = 0.062$), comparado con la población general (tabla 7).

Tabla 7. Nivel de afectación y percepción de apoyo y estrés en las pacientes.

Variable	Global	Población general	Población de psiquiatría	P
Afectación				
Trabajo	2 (0-5)	2 (0-4)	5 (1-7)	<0.001
Vida social	3 (0-6)	2 (0-5)	7 (3-9)	<0.001
Vida familiar	2 (0-5)	2 (0-5)	5.5 (2-8.7)	<0.001
Estrés percibido	3 (1-6)	3 (1-5)	7 (3.2-9)	<0.001
Apoyo social percibido	7 (4-9)	7 (3.2-9)	8 (4.2-10)	0.062

Encontramos una correlación positiva moderada entre el puntaje de WAST con los puntajes de PHQ-9 ($\rho = 0.461$, $P < 0.001$), GAD-7 ($\rho = 0.474$, $P < 0.001$), afectación laboral ($\rho = 0.425$, $P < 0.001$), afectación social ($\rho = 0.448$, $P < 0.001$), afectación familiar ($\rho = 0.472$, $P < 0.001$) y estrés percibido ($\rho = 0.474$, $P < 0.001$), pero no con el nivel de apoyo social percibido ($P = 0.165$) (tabla 8).

Tabla 8. Correlación de puntaje de WAST con escalas de depresión, ansiedad y niveles de afectación, estrés y apoyo social percibido

Variable	WAST	
	ρ	P
PHQ-9	0.461	<0.001
GAD-7	0.474	<0.001
Trabajo	0.425	<0.001
Vida Social	0.448	<0.001
Vida Familiar	0.472	<0.001
Estrés percibido	0.474	<0.001
Apoyo social percibido	-0.073	0.165

Se realizó un análisis para identificar factores sociodemográficos y psiquiátricos asociados con la presencia de violencia por WAST. De forma general, un mayor porcentaje de pacientes con WAST positivo para violencia (≥ 15 pts) pertenecían al grupo de la población psiquiátrica (29.8% vs. 10.9%, $P < 0.001$), vivían solas (14.3% vs. 4.9%, $P = 0.003$), tenían depresión y ansiedad clínicamente significativa (60.7% vs. 23.9%, $P < 0.001$, y 61.9% vs. 26.1%, $P < 0.001$, respectivamente), mientras que un menor porcentaje de ellas tenían pareja (19% vs. 35.2%, $P = 0.005$) o tenían menos de 35 años (67.9% vs. 88.7%, $P < 0.001$) (tabla 9).

Tabla 9. Factores sociodemográficos y psiquiátricos asociados con la presencia de violencia por WAST

Variable	WAST ≥ 15 pts	WAST < 15 pts	P
Población psiquiátrica	25 (29.8%)	31 (10.9%)	< 0.001
Edad < 35 años	57 (67.9%)	252 (88.7%)	< 0.001
Tener pareja	16 (19%)	100 (35.2%)	0.005
Escolaridad licenciatura o superior	68 (81%)	234 (82.4%)	0.762
Ser empleada	47 (56%)	175 (61.6%)	0.351
LGBT+	10 (11.9%)	46 (16.2%)	0.336
Vivir sola	12 (14.3%)	14 (4.9%)	0.003
Vivir con familia nuclear	35 (41.7%)	142 (50%)	0.179
Depresión clínicamente significativa	51 (60.7%)	68 (23.9%)	< 0.001
Ansiedad clínicamente significativa	52 (61.9%)	74 (26.1%)	< 0.001

Tras incluir las variables significativas en el análisis previo, en un análisis multivariado, documentamos que tener una edad menor a 35 años (OR 0.14, IC 95% 0.07-0.31; P<0.001) y tener pareja (OR 0.38, IC 95% 0.18-0.81; P=0.012) fueron factores protectores independientes de violencia; mientras que vivir sola (OR 3.34, IC 95% 1.25-8.96; P=0.016), tener depresión clínicamente significativa (OR 2.42, IC 95% 1.18-4.95; P=0.015) o ansiedad clínicamente significativa (OR 2.87, IC 95% 1.41-5.86; P=0.004) fueron factores de riesgo independientes para presentar violencia (tabla 10).

Tabla 10. Análisis de regresión logística para la identificación de factores independientes asociados con violencia por WAST.

Variable	Univariado		Multivariado	
	P	OR	P	OR
Población psiquiátrica	<0.001	3.45 (1.90-6.29)	0.098	1.80 (0.89-3.64)
Edad < 35 años	<0.001	0.26 (0.14-0.48)	<0.001	0.14 (0.07-0.31)
Tener pareja	0.005	0.43 (0.23-0.78)	0.012	0.38 (0.18-0.81)
Vivir sola	0.003	3.21 (1.42-7.25)	0.016	3.34 (1.25-8.96)
Depresión clínicamente significativa	<0.001	4.90 (2.93-8.22)	0.015	2.42 (1.18-4.95)
Ansiedad clínicamente significativa	<0.001	4.61 (2.75-7.71)	0.004	2.87 (1.41-5.86)

CAPÍTULO VII.

DISCUSIÓN

La violencia de pareja íntima se puede definir de muchas maneras y abarca muchos tipos diferentes de abuso físico y emocional. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos presentan una definición básica, que incluye el “Daño físico, sexual o psicológico por parte de una pareja o cónyuge actual o anterior”. Las advertencias importantes son que la violencia puede ocurrir entre parejas de cualquier orientación sexual y la relación no tiene que incluir intimidad sexual. Se puede clasificar una variedad de comportamientos en cada una de estas amplias categorías. Los comportamientos pueden ocurrir de forma aislada o como un patrón continuo de abuso (CDC, 2015; WHO, 2015).

La Encuesta Nacional sobre Violencia Sexual y Pareja Íntima (NISVS), patrocinada por los CDC, es una de las encuestas nacionales más grandes que examinan la prevalencia, las características y el impacto de la violencia de pareja íntima en mujeres y hombres en los Estados Unidos (Breiding et al, 2014). El estudio que más de 1 de cada 3 mujeres (35.6%) han experimentado violación, violencia física y/o acoso por parte de una pareja íntima en su vida. Cuando las mujeres experimentan una violación, violencia física o acoso, tienen 3 veces más probabilidades de sufrir lesiones en comparación con los hombres (41.6 % frente

a 13.9%, respectivamente). Las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de sufrir violencia física grave (como ser golpeadas con el puño, patadas, estranguladas, golpeadas, quemadas o usar un cuchillo o una pistola) en comparación con los hombres (24.3% frente a 13.8%, respectivamente). Además, casi 1 de cada 10 mujeres en los Estados Unidos ha sido violada por una pareja íntima. Es probable que estas tasas de prevalencia sean una subestimación de las tasas reales. El denominador incluye a los participantes que respondieron “no sé” o se negaron a responder. También es probable que, debido a problemas de seguridad o al estrés emocional continuo por la violencia actual o pasada, algunos participantes no estuvieran dispuestos a revelar el abuso. La encuesta tampoco capturó a las poblaciones que hablan otros idiomas además del inglés o el español, las que viven en instituciones (prisiones, hogares de ancianos) o las personas sin hogar (Breiding et al, 2014)

Para poder hacer un diagnóstico situacional de nuestra comunidad, y determinar si la violencia de pareja íntima era mayor en nuestra población de pacientes psiquiátricas, comparado con el resto de la población, llevamos a cabo este estudio.

Del total de las mujeres, 17 (4.6%) refería haber sufrido algún tipo de violencia, siendo ligeramente mayor en pacientes psiquiátricas (5.4% vs. 4.5%). Por su parte, las pacientes psiquiátricas reportaban un mayor puntaje global. El 22.8% mujeres mostraban de forma objetiva por medio del instrumento, de presentar

violencia de algún tipo, siendo mayor en pacientes psiquiátricas (44.6% vs. 18.9%).

Al hacer un subanálisis por tipos de violencia, se encontró que el subtipo de violencia más prevalente fue de tipo psicológica en 39.7%, seguido de verbal en 29.1% y sexual en 26.1%. Documentamos que las pacientes psiquiátricas tuvieron una prevalencia más alta de violencia psicológica (58.9% vs. 36.2%), pero no hubo diferencias con el resto de tipos de violencia.

El NISVS encontró que entre hombres y mujeres mayores de 18 años, el mayor riesgo de violencia de pareja íntima ocurre entre las edades de 18 y 24 años. Sin embargo, el 1.4% de hombres y mujeres mayores de 55 años experimentaron violencia de pareja íntima en el último año, lo que representa más de 1 millón de personas por año en este grupo de mayor edad. La adolescencia también es una época de alto riesgo de violencia. Este grupo de edad tiene más probabilidades de sufrir violencia por parte de sus parejas íntimas, así como de otros miembros de la familia o cuidadores. Más preocupante es el hallazgo del NISVS de que, entre los adultos que han sufrido violación, violencia física o acoso por parte de una pareja íntima, el 22.4% de las mujeres y el 15% de hombres tuvieron su primera experiencia de IPV entre las edades de 11 y 17 años (Kann et al, 2014; Millet et al, 2010; Silverman et al, 2001).

Aunque nosotros documentamos que las pacientes psiquiátricas eran más jóvenes que la población general, observamos un patrón diferente, donde una

edad menor de 35 años se asociaba con menor prevalencia de violencia, en general. De las pacientes con violencia, un 67.9% tenía una edad menor de 35 años, mientras que este grupo etario aumento hasta un 88.7% en la población sin violencia, lo que quiere decir que existe un mayor porcentaje de violencia entre pacientes mayores de 35 años. De hecho, la edad menor de 35 años fue un factor protector de violencia, al menos en nuestro estudio, considerando otras variables, como el tipo poblacional, la presencia de depresión o ansiedad y otras condiciones de pareja.

El estado de ingresos tampoco se puede utilizar para determinar el riesgo de violencia de parjea íntima. Aunque la violación, la violencia física y el acecho por parte de una pareja íntima en los 12 meses anteriores fue significativamente más probable que se reportaran entre personas con ingresos inferiores a \$25,000 dólares por año, del 2% al 4% mujeres con ingresos superiores a \$75,000 también han llegado a reportaron violencia de pareja íntima en la literatura (Breiding et al, 2014).

De hecho, esto se ve confirmado tras analizar el nivel académico de las mujeres con violencia, donde no encontramos algún grado de asociación entre las variables, en nuestro estudio. Más allá de utilizar los ingresos como un marcador del estatus socioeconómico, la inseguridad alimentaria y de vivienda también mide un importante determinante social de la salud. Las mujeres y los hombres que vivían con inseguridad alimentaria y de vivienda muestran una probabilidad

significativamente mayor de reportar violencia de pareja en los últimos 12 meses, de acuerdo con datos de la literatura (Breiding et al, 2014).

Durante las últimas 2 décadas, varios estudios en clínicas de medicina familiar e interna han intentado determinar la prevalencia de violencia de pareja íntima actual o de por vida en las poblaciones atendidas en sus clínicas. En una revisión sistemática de clínicas médicas, Sprague y colegas (2014) documentaron los resultados de una variedad de estudios de atención primaria y subespecialidades en los Estados Unidos e internacionalmente. En los Estados Unidos, entre los pacientes de las clínicas de medicina familiar, la tasa de violencia de pareja íntima (física, sexual y emocional) de por vida osciló entre el 45% y el 66%. La tasa de prevalencia en la relación actual osciló entre el 13% y el 21%.

Incluso entre los pacientes que asisten a clínicas de atención especializada, se identifican altas tasas de violencia de pareja íntima. La cirugía ortopédica se considera una especialidad que probablemente tenga una alta tasa de pacientes lesionados en agresiones violencia de pareja íntima. Un estudio en 2 clínicas canadienses de fracturas ortopédicas confirma esta suposición, con una tasa general de violencia de pareja íntima (física, sexual, emocional) del 32% en los últimos 12 meses para las mujeres que asisten a la clínica, con un 2.5% de mujeres que reportan que su lesión actual es violencia de pareja íntima relacionados (Bhandari et al, 2011). Los estudios en los departamentos de emergencia encuentran altas tasas de violencia de pareja íntima de por vida, que van del 30% al 60%, y una prevalencia de 1 año que varía del 12% al 20% (Ernst

et al, 1997; El-Bassel et al, 2007; Abbot et al, 1995; Dearwater et al, 1998). Entre las mujeres atendidas en el área de emergencias, aproximadamente 2% están allí por trauma agudo relacionado con violencia de pareja íntima y 11.7% están allí por traumatismo de violencia de pareja íntima u otras afecciones médicas relacionadas con violencia de pareja íntima. 26% en el último año (Weinsheimer et al, 1996).

Las mujeres con enfermedad mental grave son una población vulnerable en la que se han reportado diferentes tasas de violencia de pareja con impacto en su enfermedad. Nair et al (2020) documentaron en su estudio que la prevalencia de por vida de violencia de pareja en las mujeres con enfermedad mental grave fue del 22%. La prevalencia del último año de violencia de pareja en ellas fue del 20%. En nuestro estudio, también documentamos una mayor prevalencia de violencia en esta población, de hasta un 44.6%, comparado con 18.9% en la población general.

La violencia emocional y de control se documentan como las formas de violencia más comúnmente denunciadas, seguidas de la violencia física, y la violencia sexual fue la menos denunciada (Nair et al, 2020). Por su parte, de acuerdo con nuestros hallazgos, la violencia más prevalente fue de tipo psicológica en 39.7%, tal como lo reportado, mientras que le siguen la verbal en 29.1% y sexual en 26.1%, y la violencia económica (11.7%) y la física (10.6%) como las menos denunciadas. Incluso, se vio que las pacientes psiquiátricas tuvieron una

prevalencia más alta de violencia psicológica (58.9% vs. 36.2%), a diferencia del resto de tipos de violencia, donde no se documenta una diferencia significativa.

El abuso emocional recurrente, las amenazas y la violencia física experimentada por las víctimas de violencia de pareja íntima resultan en un mayor riesgo de depresión y ansiedad (Coker et al, 2002; Campbell, 2002; McCauley et al, 1995; Bonomi et al, 2009). Las pacientes en relaciones abusivas a menudo experimentan un estado de ánimo deprimido, falta de sueño, incapacidad para concentrarse y sentimientos de desesperanza. Un metanálisis realizado por Devries et al (2013) encontró evidencia de que las mujeres con depresión preexistente tenían más probabilidades de sufrir violencia doméstica. Los síntomas depresivos no solo afectan negativamente la calidad de vida, sino que también pueden dificultar la capacidad de las personas para protegerse. En nuestro estudio, vimos que la depresión y ansiedad fueron factores independientes para el desarrollo de violencia, sin embargo, existe cierto nivel de sesgo con este análisis, ya que para propósitos de este estudio, es difícil establecer si estas psicopatologías se manifestaron antes o después de la exposición a la violencia, pero están fuertemente interconectadas. De hecho, de acuerdo con los correlatos de nuestro estudio, los puntajes de las escalas de violencia, depresión y ansiedad están moderadamente correlacionados, y un mayor puntaje de depresión o ansiedad se correlaciona con un mayor puntaje de la escala WAST de violencia.

De acuerdo con el análisis de Thompson et al (2006), la mayoría de encuestados en su estudio tuvo al menos una pareja íntima cuando era adulto. De éstas, el 14.7% reportó violencia de pareja íntima de cualquier tipo en los últimos 5 años, y el 45.1% de las mujeres maltratadas experimentó más de un tipo. La prevalencia fue del 7.9% en el último año, mientras que durante la vida adulta de una mujer fue del 44%. En nuestro estudio, a pesar de que alrededor de un 4% de las encuestadas reportó percibir violencia de cualquier tipo, al momento de medirla objetivamente, aumentaba hasta un 22.8%. A diferencia de nuestros hallazgos, los autores reportaron que las tasas de violencia de pareja íntima fueron más altas para las mujeres más jóvenes, las mujeres con menores ingresos y menos educación, las madres solteras y las que habían sufrido abusos cuando eran niñas. En nuestro estudio, vivir/tener pareja o vivir con familia nuclear de origen fueron factores protectores, mientras que vivir sola se asoció con un riesgo incrementado de violencia de pareja íntima (Thompson et al, 2006).

Para ponernos en contexto regional, de acuerdo con una revisión sistemática llevada a cabo por Bott et al (2019), las mujeres informaron haber experimentado alguna vez IPV física y/o sexual en tasas que oscilaron entre el 14% y el 17 de las mujeres en Brasil, Panamá y Uruguay, hasta más de la mitad (58.5%) en Bolivia. La prevalencia en el último año de violencia de pareja íntima física y/o sexual osciló entre el 1.1% en Canadá y el 27.1% en Bolivia. En México, se reporta una prevalencia de violencia física y/o sexual en 24.6%, similar a lo encontrada en nuestro estudio, siendo puramente de tipo sexual en 7.8% y puramente de tipo física en 23.3% (Bott et al, 2019).

En nuestro país, un estudio llevado a cabo por Aguerrebere et al. (2021) en una comunidad rural de Chiapas, donde se examinó el alcance y las características de la violencia de pareja íntima de hombre a mujer en las zonas rurales del sur de Chiapas, México, y su asociación con los síntomas de depresión y ansiedad, destacando el papel de las conductas controladoras de la pareja, se encontró un 66.4% de prevalencia de por vida de violencia de pareja íntima física y/o sexual entre mujeres de 15 años o más que alguna vez tuvieron pareja, mientras que 40% de ellas reportaron haber experimentado violencia física y/o sexual con alto control de la pareja y 25.8% reportaron haber experimentado violencia física y/o violencia sexual con control de pareja bajo o moderado. La experiencia de vida de violencia física y/o violencia con alto control de la pareja se asoció significativamente con síntomas de depresión moderada-grave y tendencias suicidas. Si bien el abuso de alcohol por parte de la pareja se asoció con un riesgo incrementado de violencia de pareja íntima física y/o sexual a lo largo de la vida, el 30.9% de las mujeres mencionó que sus parejas nunca estaban borrachas cuando ocurrió la violencia. Curiosamente, el abuso elevado de alcohol en la pareja fue más frecuente entre las mujeres que reportaron violencia física y/o violencia con alto control de la pareja. Estos resultados se cotejan de manera importante con nuestra asociación de violencia con síntomas de depresión y ansiedad.

Entre las limitantes de nuestro estudio, se encuentra una menor representatividad muestral de pacientes psiquiátricas en el estudio, el sesgo de temporalidad y

exposición de ciertas variables analizadas y la falta de recopilación de otros datos interesantes, como la presencia ya diagnosticada de psicopatología, conductas de violencia identificadas o reportadas por las pacientes, la exposición previa de violencia en otros momentos de la vida, el tipo de pareja que tenían, el tiempo de relación con la pareja actual, el estado actual del agresor (actual o previo), entre otros.

CAPÍTULO VIII.

CONCLUSIÓN

Del total de las mujeres, 17 (4.6%) refería haber sufrido algún tipo de violencia, siendo ligeramente mayor en pacientes psiquiátricas (5.4% vs. 4.5%). Por su parte, las pacientes psiquiátricas reportaban un mayor puntaje global. El 22.8% mujeres mostraban de forma objetiva por medio del instrumento, de presentar violencia de algún tipo, siendo mayor en pacientes psiquiátricas (44.6% vs. 18.9%).

El subtipo de violencia más prevalente fue de tipo psicológica en 39.7%, seguido de verbal en 29.1% y sexual en 26.1%. Documentamos que las pacientes que acudieron al Servicio de Psiquiatría tuvieron una prevalencia más alta de violencia psicológica (58.9% vs. 36.2%), pero no hubo diferencias con el resto de tipos de violencia.

Observamos que tener una edad menor a 35 años y tener pareja fueron factores protectores independientes de violencia; mientras que vivir sola, tener depresión clínicamente significativa o ansiedad clínicamente significativa fueron factores de riesgo independientes para presentar violencia de pareja íntima.

CAPÍTULO IX.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Elizabeth Miller, B. M. (2019). Intimate Partner Violence. *The New England Journal of Medicine*. Donna E Stewart, H. M. (2020). Recognizing and Responding to Intimate Partner Violence: An Update. *Canadian Psychiatric Association*. Breiding M, B. K. (2015).

Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements version 2.0. *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*.

Jordan, C. E. (s.f.). Behind closed doors: intimate violence. *Ky Hosp Mag*, 1993.

Bonomi AE, A. M. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Int Med* 169.

Kendler KS, T. L. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*.

WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.

INEGI. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*.

Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 2008, 115(2):291–313.

Khalifeh H, Dean K. Gender and violence against people with severe mental illness. *International Review of Psychiatry*, 2010,22(5):535–546.

McPherson M, Delva J, Cranford JA. A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatric Services*, 2007, 58(5):675–680.

Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., ... & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*, 10(5), e1001439.

Friedman, S. H., & Loue, S. (2007). Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *Journal of Women's Health*, 16(4), 471-480.

Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*, 28, 422-428.

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Disponible en: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html>.

Accessed February 20, 2015.

World Health Organization. (2015). Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/ipvfacts.pdf. Accessed February 20, 2015.

Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S. L., et al. (2014). Youth risk behavior surveillance – United States, 2013. *MMWR Surveill Summ*, 66(Suppl 4), 1–172.

Miller, E., Decker, M., Raj, A., et al. (2010). Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 910–917.

Silverman, J., Raj, A., Mucci, L., et al. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicide. *JAMA*, 286(5), 572–579.

Sprague, S., Goslings, J. C., Hogentoren, C., et al. (2014). Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence Against Women*, 20(1), 118–136.

Bhandari, M., Sprague, S., Dosanjh, S., et al., The PRAISE Investigators. (2011). The prevalence of intimate partner violence across orthopaedic fracture clinics in Ontario. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 93(2), 132–141.

Ernst, A., Nick, T., Weiss, S., et al. (1997). Domestic violence in an inner-city ED. *Annals of Emergency Medicine*, 30, 190–197.

Kramer, A., Lorenzon, D., Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*, 14, 19–29.

El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., et al. (2007). Intimate partner violence prevalence and HIV risks among women receiving care in emergency departments: implications for IPV and HIV screening. *Emergency Medicine Journal*, 24, 255–259.

Abbot, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J., et al. (1995). Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*, 273, 1763–1767.

Dearwater, S., Coben, J., Campbell, J., et al. (1998). Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA*, 280(5), 433–438.

Weinsheimer, R., Schermer, C., Malcoe, L., et al. (2005). Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *Journal of Trauma*, 58, 22–29.

Coker, A., Davis, K., Arias, I., et al. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260–268. Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331–1336.

McCauley, J., Kern, D., Kolodner, K., et al. (1995). The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 737–746.

Bonomi, A., Anderson, M., Reid, R., et al. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 1692–1697. +

Devries, K., Mak, J., Bacchus, L., et al. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001439.

Nair, S., A Satyanarayana, V., & Desai, G. (2020). Prevalence and clinical correlates of intimate partner violence (IPV) in women with severe mental illness (SMI). *Asian journal of psychiatry*, 52, 102131.

Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *American journal of preventive medicine*, 30(6), 447–457.

Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2019). Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 43, e26.

Aguerreberre, M., Frías, S. M., Smith Fawzi, M. C., López, R., & Raviola, G. (2021). Intimate partner violence types and symptoms of common mental disorders in a rural community of Chiapas, Mexico: Implications for global mental-health practice. *PloS one*, 16(9), e0256850.

CAPÍTULO X.

ANEXOS

CAPÍTULO XI.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Dra. Lorena Ortiz Galván

ENERO 2024

Universidad Autónoma de Nuevo León

Título: "PERCEPCIÓN Y PREVALENCIA DE VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA
EN MUJERES MEXICANAS"

Número de páginas: 48 páginas.

Candidato al grado de MEDICO SUB-ESPECIALISTA en Psiquiatría.

Área de estudio: Psiquiatría

Autores: Dra. Lorena Ortiz Galván, Dr. Omar Kawas Valle, Dra. Alicia Alejandra

Montserrat Pérez Arizmendi.