

Original

Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México



Cecilia Guzmán-Rodríguez^a, Lea A. Cupul-Uicab^{b,*}, Guilherme L. Guimarães Borges^c, Eduardo Salazar-Martínez^b, Jorge Salmerón^{b,d} y Luz M. Reynales-Shigematsu^b

^a Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

^b Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

^c Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México

^d Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de junio de 2019

Aceptado el 2 de septiembre de 2019

On-line el 26 de noviembre de 2019

Palabras clave:

Cohorte

Depresión

Mujeres adultas

Síntomas depresivos

Violencia de pareja

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar el efecto de la violencia de pareja, experimentada en los últimos 12 meses, sobre el riesgo de depresión y la sintomatología depresiva en mujeres adultas.

Método: Se analizaron los datos de 470 mujeres de la Cohorte de Trabajadores de la Salud de México. El tipo y la gravedad de la violencia de pareja se midieron en los años 2004 y 2011. El evento principal fue el diagnóstico médico de depresión (2011). Un evento secundario fue la sintomatología depresiva (2004 y 2011), evaluada mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). El riesgo de depresión y la sintomatología depresiva en relación con la violencia se evaluaron con modelos de regresión de efectos aleatorios logísticos y lineales, respectivamente.

Resultados: El 41,9% experimentó violencia de pareja en la medición basal. La incidencia de depresión fue del 7,2%. El riesgo de depresión aumentó con la violencia de pareja de cualquier tipo (*odds ratio* ajustada [ORa] = 2,9; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,4-6,2) y con las violencias física (ORa = 4,3; IC95%: 1,8-10,1), psicológica (ORa = 3,1; IC95%: 1,4-6,6) y sexual (ORa = 3,1; IC95%: 1,2--8,2). Los síntomas depresivos (CES-D) aumentaron ligeramente con las violencias física y sexual.

Conclusiones: La violencia de pareja se asoció a un mayor riesgo de depresión en mujeres trabajadoras de una institución de salud de México. Los resultados indican la necesidad de contar con infraestructura, implementar estrategias de atención y consejería, y brindar un ambiente seguro en los lugares de trabajo para quienes sufren violencia de pareja.

© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Intimate partner violence and depression among adult women working in a health facility in Mexico

A B S T R A C T

Keywords:

Cohort

Depression

Adult women

Depressive symptoms

Intimate partner violence

Objective: To assess the effect of intimate partner violence on the risk of depression and depressive symptoms among adult women.

Method: We analyzed data from the Mexican Health Workers' Cohort study (n = 470). Type and severity of intimate partner violence was ascertained between 2004 and 2011. Self-reported medical diagnosis of depression (2011) was the main outcome; depressive symptoms ascertained with the Centre for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale was the secondary outcome. Random-effects regressions were run to model the risk of depression (logistic) and depressive symptoms (linear) in relation to intimate partner violence.

Results: 41.9% women experienced intimate partner violence at baseline. The incidence of depression was 7.2%. The risk of depression increased with any type of IPV (adjusted odds ratio [aOR] = 2.9; 95% confidence interval [95%CI]: 1.4–6.2) and with physical (aOR = 4.3; 95%CI: 1.8–10.1), psychological (aOR = 3.1; 95%CI: 1.4–6.6) and sexual (aOR = 3.1; 95%CI: 1.2–8.2) violence. Depressive symptoms (CES-D) increased slightly with physical and sexual intimate partner violence.

Conclusions: Intimate partner violence was associated with a higher risk of depression in this sample of women working in a Mexican health facility. Our results indicate the need to develop infrastructure, to implement strategies of attention and counselling, and to provide a safe environment in the workplace for women who experience intimate partner violence.

© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correos electrónicos: lea.cupul@insp.mx, acuicab@hotmail.com (L.A. Cupul-Uicab).

Introducción

La violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos y un problema de salud pública en el mundo¹. La Organización Mundial de la Salud estima que el 30% de las mujeres con pareja han experimentado violencia física o sexual alguna vez en su vida¹. En Latinoamérica, la prevalencia de violencia alguna vez en la vida oscila entre el 17% y el 53%, y la experimentada en los últimos 12 meses entre el 7,7% y el 25,5%². La violencia psicológica o verbal es la más frecuente^{1,2}. Aunque las mujeres con bajo nivel educativo y económico son más propensas a experimentar violencia de pareja^{3,4}, las prevalencias reportadas recientemente en profesionales de la salud (11,5-34%) son preocupantes^{5,6}.

En las mujeres, la violencia de pareja se asocia a mayor riesgo de depresión, estrés postraumático y ansiedad; además, son más propensas a consumir sustancias ilegales y a cometer suicidio⁷⁻¹⁰. La violencia psicológica y de mayor intensidad se asocia fuertemente con los trastornos mentales^{7,11}, y la violencia física se asocia con peor estado de salud y una calidad de vida deteriorada¹². Específicamente, la violencia de pareja alguna vez en la vida incrementa el riesgo de depresión y de sintomatología depresiva en estudios transversales^{13,14}; los estudios prospectivos¹³⁻¹⁵, aunque escasos a la fecha, apoyan dicha evidencia. Sin embargo, la definición de violencia de pareja en estudios previos no distingue el tipo (física, psicológica o sexual) ni la intensidad.

Enmarcar el período de ocurrencia de la violencia, el tipo y la intensidad en relación con el desarrollo de depresión es relevante para fines de prevención en poblaciones con alta prevalencia de violencia, como es el caso de México¹⁶. En México, el 43,9% de las mujeres mayores de 15 años han experimentado violencia de pareja a lo largo de su relación y el 25,6% en los 12 meses previos a la encuesta; la violencia psicológica es la más común (23,2%). Además, el 82,5% de las que reportaron violencia física o sexual también refirieron haber experimentado tristeza y depresión¹⁶. La prevalencia de trastornos depresivos alguna vez en la vida en personas adultas en México se estima en el 4,2%¹⁷. Por tanto, el objetivo principal del estudio fue evaluar prospectivamente el efecto del tipo y de la intensidad de la violencia de pareja, experimentada en los últimos 12 meses, sobre el riesgo de desarrollar depresión y sobre la sintomatología depresiva en una cohorte de mujeres adultas que trabajan en el sistema de salud del Estado de Morelos.

Método

Analizamos la Cohorte de Trabajadores de la Salud, cuyos detalles de conformación y objetivos ya se han descrito en otro lugar¹⁸. Brevemente, esta cohorte reclutó personal (hombres y mujeres) médico, administrativo y académico de tres instituciones de México (Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] en el Estado de Morelos) de 2004 a 2006 (medición basal: n = 11.000); para el seguimiento (2010-2013) solo fueron invitados unos 2500 participantes de la cohorte inicial, y la tasa de respuesta fue del 74%¹⁸. Se recolectó información extensiva sobre el estado de salud, el estilo de vida y la violencia de pareja, y mediciones antropométricas de manera similar en ambas mediciones. El análisis se basó en los participantes del IMSS que cuentan con información en ambas mediciones (n = 1251; 80,82% mujeres). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del IMSS y todas las personas participantes dieron su consentimiento informado por escrito previo a su participación.

Para el presente análisis se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: mujeres sin pareja (n = 377; 37,3%), ya que solo las mujeres con pareja respondieron la sección de violencia de pareja; mujeres con pareja, pero sin información de violencia (n = 88)

en el seguimiento, para evaluar el efecto de la persistencia de la violencia como un indicador de cronicidad (61% experimentaron violencia en ambas mediciones); mujeres sin información sobre depresión en ambas mediciones (n = 1); y mujeres con diagnóstico médico de depresión en la medición basal (n = 75), para evaluar de manera prospectiva el efecto de la violencia sobre el riesgo de depresión, asumiendo temporalidad entre la medición de la violencia y el reporte de depresión.

Eventos

El evento primario fue el autorreporte de diagnóstico médico de depresión reportado con la misma pregunta en ambas mediciones: «¿Algún médico le ha dicho que tuvo o tiene depresión?». Una respuesta afirmativa se consideró como presencia del evento, y una respuesta negativa, como ausencia. El reporte del uso habitual de antidepresivos no agregó casos adicionales. Como ya se ha mencionado, los casos prevalentes de la medición basal no fueron elegibles; solo consideramos como casos nuevos aquellos identificados en el seguimiento.

Un evento secundario fue la sintomatología depresiva, evaluada mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), validada para mexicanas con una consistencia interna del 84%¹⁹. La CES-D evalúa la presencia de síntomas depresivos en la última semana; incluye 20 preguntas (con opciones de respuesta tipo Likert: 0 = ninguna vez, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5 o más días) que valoran el estado de ánimo depresivo y positivo, la disminución psicomotora, las manifestaciones somáticas y las dificultades interpersonales. La escala tiene valores de 0 a 60; puntuaciones altas indican mayor cantidad de síntomas depresivos. Este evento se evaluó en una submuestra de mujeres con información en ambas mediciones y se estimó el cambio en el tiempo.

Violencia de pareja

La violencia de pareja se midió con un índice de abuso de 26 preguntas que evalúa el tipo (física, sexual y emocional) y la intensidad de la violencia experimentada en los últimos 12 meses. Este índice es una versión adaptada de la Escala Táctica de Conflictos y del Índice de Abuso en la Pareja, validado en mujeres del Estado de Morelos en México (consistencia interna general del 93,5%)²⁰. La violencia se reportó en cuestionarios similares autoaplicados en ambas mediciones. Para definir la violencia de cualquier tipo (no, sí) se clasificaron sin violencia si respondieron «nunca» a las 26 preguntas, y con violencia si respondieron «al menos una vez» al menos a una pregunta.

La mayoría de las participantes que reportaron violencia experimentaron más de un tipo, y por tanto generamos variables dicotómicas por tipo. Se clasificaron sin violencia si respondieron «nunca» haber experimentado violencia por parte de la pareja, y se clasificaron con violencia física si respondieron «al menos una vez» a cualquiera de las conductas agresivas: «La ha empujado a propósito; la ha sacudido, jaloneado o zarandeado; le ha torcido el brazo; la ha golpeado con la mano o el puño; la ha pateado; la ha golpeado en el estómago; la ha aventado algún objeto; la ha golpeado con un palo, cinturón o algún objeto doméstico; la ha tratado de ahorcar o asfixiar; la ha agredido con una navaja, cuchillo o machete; la ha disparado con alguna pistola o rifle». Se clasificaron con violencia psicológica si respondieron «al menos una vez» a cualquiera de las conductas dominadoras y represivas: «La rebaja o la menosprecia; la insulta; se puso celoso o sospecha de sus amistades; le dice cosas como que está poco atractiva; se puso a golpear o a patear la pared o algún mueble; se puso a destruir alguna de sus cosas; la amenazó con golpearla; la amenazó con alguna navaja, cuchillo o machete; la amenazó con alguna pistola o rifle; le hizo sentir miedo de él; la amenazó con matarla o la amenazó con matarse a sí mismo». Y se

clasificaron con violencia sexual si respondieron «al menos una vez» a cualquiera de las siguientes conductas: «Le ha exigido tener relaciones sexuales aun si usted no está dispuesta; la amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con él; usa la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted contra su voluntad».

La intensidad de la violencia incluyó categorías mutuamente excluyentes: ausente, baja, moderada y alta. Se clasificaron con intensidad baja quienes reportaron «una vez»; con moderada, quienes reportaron «varias veces»; y con alta, quienes reportaron «muchas veces» a cualquiera de las 26 conductas violentas por parte de la pareja^{20,21}. El grupo de referencia (ausente) fueron aquellas que respondieron «nunca» haber experimentado violencia. Tanto las variables que definen el tipo como la gravedad de la violencia se crearon de manera similar para ambas mediciones.

Covariables

La información sobre edad, escolaridad, estado civil y actividad física se obtuvo de cuestionarios autoadministrados en ambas mediciones. La edad se categorizó (< 40, 40-60 y > 60 años) para el análisis, ya que estudios previos sugieren que la depresión tiende a presentarse en los extremos de la vida²². Calculamos los equivalentes metabólicos (MET) de cada actividad (MET/min/sem)²³ realizada en el tiempo libre a partir del reporte del tipo, la frecuencia y la duración de las actividades realizadas (p. ej., aeróbica, natación, etc.). Esta variable se categorizó en ninguna, < 702 y \geq 702 MET/min/sem (percentil 50) para contrastar aquellas muy activas con las inactivas. El índice de masa corporal (IMC, kg/m²) se categorizó²⁴ en normal (< 25,0), sobrepeso (\geq 25,0-29,9) y obesidad (\geq 30,0); muy pocas participantes tuvieron IMC < 18 (n=5 en 2004 y n=1 en 2011), y por tanto se incluyeron en la categoría de IMC normal. La edad, la escolaridad y el estado civil se consideraron como variables fijas, mientras que la actividad física y el IMC se consideraron cambiantes en el tiempo.

Análisis estadístico

Las mujeres con y sin violencia se compararon empleando las pruebas de ji cuadrada de Pearson y exacta de Fisher para diferencias de proporciones. Se evaluó el riesgo de depresión en relación con la violencia con modelos de regresión logística mixtos con efectos aleatorios²⁵ definidos por año de medición, lo que permite incluir covariables cambiantes en el tiempo. De manera similar, se evaluó el cambio en la escala CES-D (2004 y 2011) en relación con la violencia con modelos de regresión lineal mixtos con efectos aleatorios definidos por año de medición. Dicho análisis se limitó a mujeres con información disponible en ambas mediciones y sin depresión en el seguimiento (n=231); se excluyeron aquellas con depresión ya que también reportaron consumir antidepressivos, y por tanto es posible que los puntajes de la CES-D hayan sido modificados por el tratamiento.

Los confusores potenciales de la asociación entre violencia y depresión se identificaron de la literatura^{22,26-28}; la selección de variables de ajuste se basó en la metodología de las gráficas acíclicas dirigidas²⁹. El set mínimo para el ajuste de los modelos de regresión incluyó la edad, la escolaridad, el estado civil, el IMC y la actividad física.

En el análisis de sensibilidad se evaluó el riesgo de depresión en el seguimiento en relación con la violencia de la medición basal con modelos de regresión logística clásicos (con una observación por participante). De manera similar, se evaluó el riesgo de depresión en relación con haber experimentado violencia en una sola medición (2004 o 2011) o en ambas (2004 y 2011). Los análisis estadísticos

se realizaron con el paquete STATA (versión 15; StataCorp, College Station, Tx, USA).

Resultados

El 28,5% de las participantes tenía menos de 40 años, el 64,8% estudió preparatoria o licenciatura, el 60,6% no realizaban actividad física, el 60% tenían un IMC \geq 25,0 y el 80,2% estaban casadas o vivían en unión libre (tabla 1). Las categorías laborales más comunes fueron los puestos administrativos (13%), enfermería (12,6%), jubiladas/pensionadas (12,6%), auxiliares administrativas/intendencia (7%), y asistentes, laboratoristas y trabajo social (6%). Las menos comunes fueron medicina o investigación (4,3%), nutriología (3,4%) y voluntarias o becarias (1,5%); el 13% reportaron una categoría indefinida y del 26,8% no se dispuso de información. La incidencia de depresión fue del 7,2%. La media de la escala CES-D fue de 15,4 puntos en la medición basal y de 9,3 en el seguimiento.

El 41,9% experimentaron algún tipo de violencia en la medición basal y el 39,6% en el seguimiento. La violencia psicológica fue la más común (37,5%), seguida de la física (18,5%) y la sexual (11,9%) en la medición basal. Los porcentajes fueron similares en el seguimiento, aunque la violencia sexual (13,2%) aumentó ligeramente. El 17,1% experimentaron violencia de intensidad baja, el 16,6% moderada y el 8,3% alta en la medición basal. El porcentaje con violencia de intensidad baja (11,7%) disminuyó y el de alta intensidad (10,9%) aumentó ligeramente después de aproximadamente 6 años de seguimiento (véase la tabla I del Apéndice online).

El riesgo ajustado de depresión en las mujeres con violencia fue 2,9 (*odds ratio* ajustada [ORa]) veces más en comparación con aquellas sin violencia. Teniendo el mismo grupo de comparación, el riesgo ajustado de depresión fue 4,3 veces más con la violencia física y 3,1 veces más con la violencia psicológica y sexual (tabla 2).

Al evaluar el riesgo de depresión en relación con la violencia de cualquier tipo de la medición basal (regresión logística clásica; véase la tabla II del Apéndice online), el riesgo fue menor (ORa = 1,6; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,8-3,3) que el observado en la tabla 2. Los riesgos estimados para la violencia física (ORa = 1,8), psicológica (ORa = 1,5) y sexual (ORa = 1,5) también fueron de menor magnitud. El riesgo de depresión fue mayor (ORa = 3,4; IC95%: 1,4-8,2) en las que experimentaron violencia en ambas mediciones en comparación con aquellas que nunca experimentaron violencia. No fue posible separar el efecto de experimentar violencia en una sola medición debido al número limitado de eventos.

En comparación con las mujeres sin violencia, aquellas con violencia tuvieron 1,3 puntos más en la escala CES-D en modelos ajustados (tabla 3). Teniendo el mismo grupo de comparación, la violencia física y la violencia sexual se relacionaron con incrementos marginalmente significativos de magnitud similar en el puntaje de la escala (β = 0,9-1,1 puntos). La intensidad de la violencia no se relacionó claramente con la sintomatología depresiva, aunque la violencia de alta intensidad se asoció a un incremento de 1,8 puntos en los modelos ajustados.

Haber experimentado violencia en la medición basal (variable fija) se relacionó con un incremento de 1,7 puntos en la escala CES-D en modelos ajustados (tabla 4). Los incrementos en la escala por tipo de violencia (β = 0,6-1,2 puntos) fueron de magnitud similar a los de la tabla 3, aunque solo la violencia física y la violencia psicológica fueron estadísticamente significativas. Se observaron incrementos de magnitud similar en la escala CES-D con la violencia de intensidad baja (β = 2,5) y alta (β = 2,1), mientras que la moderada no tuvo una clara relación con la sintomatología depresiva (tabla 4).

Tabla 1
Características de las participantes de acuerdo con su experiencia de violencia^a de pareja en los últimos 12 meses. Cohorte de Trabajadores de la Salud, 2004

| Características | Todas las participantes (n = 470) | | Sin violencia (n = 273) | | Con violencia (n = 197) | | p |
|---|--------------------------------------|------|----------------------------|------|----------------------------|------|-------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Edad (años) | | | | | | | 0,08 |
| < 40 | 134 | 28,5 | 67 | 24,5 | 67 | 34,0 | |
| 40-59 | 271 | 57,7 | 166 | 60,8 | 105 | 53,3 | |
| ≥ 60 | 65 | 13,8 | 40 | 14,7 | 25 | 12,7 | |
| Educación | | | | | | | 0,39 |
| Primaria | 93 | 19,8 | 57 | 20,9 | 36 | 18,3 | |
| Secundaria | 72 | 15,3 | 41 | 15,0 | 31 | 15,7 | |
| Preparatoria | 97 | 20,6 | 62 | 22,7 | 35 | 17,8 | |
| Licenciatura | 208 | 44,2 | 113 | 41,4 | 95 | 48,2 | |
| Estado civil^b | | | | | | | 0,48 |
| No unidas | 93 | 19,8 | 51 | 18,7 | 42 | 21,3 | |
| Unidas | 377 | 80,2 | 222 | 81,3 | 155 | 78,7 | |
| Índice de masa corporal (kg/m²) | | | | | | | 0,58 |
| < 25,0 | 188 | 40,0 | 104 | 38,1 | 84 | 42,6 | |
| 25,0-29,9 | 188 | 40,0 | 114 | 41,8 | 74 | 37,6 | |
| ≥ 30,0 | 94 | 20,0 | 55 | 20,2 | 39 | 19,8 | |
| Actividad física (MET/min/sem)^c | | | | | | | 0,25 |
| Ninguna | 285 | 60,6 | 174 | 63,7 | 111 | 56,4 | |
| < 702 | 98 | 20,8 | 51 | 18,7 | 47 | 23,9 | |
| ≥ 702 | 87 | 10,5 | 48 | 17,6 | 39 | 19,8 | |

^a Autorreporte de cualquier tipo de violencia de pareja (física, psicológica o sexual) en la medición de 2004.

^b No unidas incluye solteras, separadas, divorciadas y viudas; unidas incluye casadas y en unión libre.

^c Mediana: 702 MET/min/sem en aquellas que realizan actividad física.

Tabla 2
Riesgo de depresión^a en relación a la violencia^b de pareja en los últimos 12 meses en las participantes de la Cohorte de Trabajadores de la Salud (n=470)

| | OR cruda (IC95%) | OR ajustada ^c (IC95%) |
|--|------------------|----------------------------------|
| Cualquier tipo de violencia de pareja | | |
| No | 1,0 | 1,0 |
| Sí | 2,7 (1,3-5,4) | 2,9 (1,4-6,2) |
| Tipo de violencia^d | | |
| Física | 3,9 (1,7-8,9) | 4,3 (1,8-10,1) |
| Verbal/psicológica | 2,7 (1,2-5,5) | 3,1 (1,4-6,6) |
| Sexual | 3,1 (1,2-7,8) | 3,1 (1,2-8,2) |

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

^a Autorreporte de diagnóstico médico en la medición de 2011.

^b Autorreporte de cualquier tipo de violencia de pareja (física, psicológica o sexual) en las mediciones de 2004 y 2011.

^c Ajustada por edad, escolaridad, estado civil, índice de masa corporal y actividad física.

^d Modelos individuales evaluando el efecto de cada tipo de violencia en comparación con ningún tipo de violencia de pareja (p. ej., violencia física versus ningún tipo de violencia, excluyendo a quienes reportaron violencia diferente de la física).

Tabla 3
Cambios en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D^a) en relación a la violencia^b de pareja en participantes sin diagnóstico de depresión. Cohorte de Trabajadores de la Salud (n = 231)

| | β cruda (IC95%) | β ajustada ^c (IC95%) |
|---|-----------------|---------------------------------|
| Cualquier tipo de violencia de pareja | | |
| No | 0,0 | 0,0 |
| Sí | 1,0 (-0,2-2,3) | 1,3 (-0,1-2,6) |
| Tipo de violencia^d | | |
| Física | 1,2 (0,1-2,3) | 1,1 (0,0-2,1) |
| Verbal/psicológica | 0,6 (0,1-1,2) | 0,6 (-0,0-1,2) |
| Sexual | 1,0 (0,1-1,9) | 0,9 (0,0-1,9) |
| Intensidad de la violencia^e | | |
| Sin violencia | 0,0 | |
| Baja | 0,3 (-1,5-2,2) | 0,9 (-1,0-2,9) |
| Moderada | 1,0 (-0,8-2,7) | 1,2 (-0,6-2,9) |
| Alta | 2,1 (0,5-4,2) | 1,8 (-0,4-3,9) |

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Puntaje de la escala CES-D como variable discreta: mediciones de 2004 y 2011.

^b Autorreporte de cualquier tipo de violencia de pareja (física, psicológica o sexual) en las mediciones de 2004 y 2011.

^c Ajustada por edad, escolaridad, estado civil, índice de masa corporal y actividad física.

^d Modelos individuales evaluando el efecto de cada tipo de violencia en comparación con ningún tipo de violencia de pareja (p. ej., violencia física versus ningún tipo de violencia de pareja, excluyendo a quienes reportaron otros tipos de violencia diferentes de la física).

^e Intensidad de la violencia: baja, quienes reportaron «una vez»; moderada, quienes reportaron «varias veces»; alta, quienes reportaron «muchas veces» a cualquiera de las 26 conductas violentas por parte de la pareja.

Tabla 4Cambios en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D^a) en relación con la violencia^b de pareja en participantes sin diagnóstico de depresión. Cohorte de Trabajadores de la Salud (n = 231)

| | β cruda (IC95%) | β ajustada ^c (IC95%) |
|---|-----------------|---------------------------------|
| <i>Cualquier tipo de violencia de pareja</i> | | |
| No | 0,0 | 0,0 |
| Sí | 1,5 (0,2-2,8) | 1,7 (0,4-3,0) |
| <i>Tipo de violencia^d</i> | | |
| Física | 1,3 (0,3-2,3) | 1,2 (0,2-2,3) |
| Verbal/psicológica | 0,7 (0,1-1,3) | 0,6 (0,0-1,3) |
| Sexual | 0,7 (-0,3-1,7) | 0,7 (-0,3-1,7) |
| <i>Intensidad de la violencia^e</i> | | |
| Sin violencia | 0,0 | 0,0 |
| Baja | 2,0 (0,3-3,8) | 2,5 (0,7-4,3) |
| Moderada | 0,6 (-1,1-2,2) | 0,8 (-0,9-2,6) |
| Alta | 2,6 (0,4-5,0) | 2,1 (-0,2-4,5) |

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Puntaje de la escala CES-D como variable discreta: mediciones de 2004 y 2011.^b Autorreporte de cualquier tipo de violencia de pareja (física, psicológica o sexual) en la medición de 2004.^c Ajustada por edad, escolaridad, estado civil, índice de masa corporal y actividad física.^d Modelos individuales evaluando el efecto de cada tipo de violencia en comparación con ningún tipo de violencia de pareja (p. ej., violencia física versus ningún tipo de violencia de pareja, excluyendo a quienes reportaron otros tipos de violencia diferentes de la física).^e Intensidad de la violencia: baja, quienes reportaron «una vez»; moderada, quienes reportaron «varias veces»; alta, quienes reportaron «muchas veces» a cualquiera de las 26 conductas violentas por parte de la pareja.

Discusión

En general, el riesgo de depresión en las mujeres que experimentaron violencia de pareja de cualquier tipo (física, psicológica y sexual) en los últimos 12 meses fue mayor que el de aquellas sin violencia. De modo similar, la sintomatología depresiva aumentó ligeramente con la violencia física y con la violencia sexual. Solo la violencia de intensidad baja en la medición basal aumentó ligeramente la sintomatología depresiva; el efecto de la intensidad alta fue de similar magnitud, pero sin significancia estadística.

Los porcentajes de violencia (41,9% en 2004 y 39,6% en 2011) de la cohorte son comparables a los reportados para mexicanas en 2003 (46,6%) y 2011 (44,9%)³⁰; sin embargo, estas cifras son mayores que las reportadas para las Américas (29,8%) y cercanas a las del sur y el este de Asia (37,7%)¹. Aunque nuestra muestra no se limita a profesionales de la salud, observamos experiencias de violencia de pareja cercanas a las reportadas en España (34%) y menores que las reportadas en Australia (11,5%)^{5,6}, en ambos casos en profesionales de la salud. De manera similar a estudios previos, observamos asociaciones de mayor magnitud entre la violencia (física y sexual) y los síntomas depresivos o la depresión (ORa = 3,0-5,1) en mujeres adultas de Norteamérica, Europa y Asia^{13,31}. Pocos estudios han evaluado la intensidad de la violencia en relación con la depresión, lo que dificulta la comparación directa de nuestros resultados. No obstante, un estudio prospectivo en enfermeras reportó que las que experimentaron al menos tres tipos de violencia (p. ej., pareja, trabajo, abuso infantil) tuvieron mayor riesgo de presentar síntomas depresivos y estrés postraumático (ORa = 6,4)³²; esta violencia acumulada podría considerarse una aproximación de la intensidad. Aunque nuestra definición de intensidad difiere de esta, ya que solo medimos la intensidad de la violencia de pareja y no contamos con información sobre la violencia en el trabajo ni sobre abuso infantil, ambos estudios revelan tendencias similares: se observa una relación directa entre la violencia de intensidad alta y la sintomatología depresiva. Por otra parte, estimamos asociaciones fuertes entre el tipo de violencia (física, psicológica y sexual) y el riesgo de depresión (ORa = 3,1-4,3). Estudios previos reportan asociaciones de moderadas a fuertes (ORa = 1,6-4,7) entre la violencia (psicológica o sexual) y la sintomatología depresiva^{13,14,31,33}.

Las fortalezas de nuestro estudio son el análisis prospectivo de violencia con el autorreporte de diagnóstico médico de depresión en el seguimiento en mujeres sin diagnóstico de depresión

en la medición basal, favoreciendo la temporalidad. Aunque observamos una incidencia de depresión (7,2%) ligeramente más baja que la reportada para México (10,4%)^{34,35}. Evaluamos el cambio en la escala CES-D en el tiempo (aproximadamente 6 años) en una submuestra con información disponible y obtuvimos resultados consistentes con los observados entre violencia y depresión. Esta escala permite identificar personas en riesgo de depresión y ha sido validada en mujeres mexicanas¹⁹. A diferencia de estudios previos^{14,33}, nuestros resultados ajustan por IMC²⁶, que es un confusor relevante. Adicionalmente, empleamos un índice de abuso validado para mexicanas que distingue el tipo y la intensidad de la violencia experimentada²⁰.

Las limitaciones del estudio son el análisis de una cohorte previamente establecida, restringiendo la disponibilidad de información (p. ej., abuso infantil)²¹; sin embargo, las asociaciones reportadas entre violencia y depresión antes (ORa = 2,4) y después (ORa = 2,5) de ajustar por abuso infantil son similares³³. No podemos descartar errores de memoria en el reporte de depresión, sintomatología depresiva y violencia, que podrían conducir a una mala clasificación o una subestimación de los estimadores. La violencia tiende a ocurrir en privado, y el reconocimiento por parte de las afectadas se asocia a estigmatización¹, lo que favorece el infrarreporte; sin embargo, este problema no se limita a nuestro estudio. Nuestros resultados no ajustan por ocupación dado el porcentaje sin información disponible (26,8%), pero ajustamos por escolaridad como variable alterna. Finalmente, nuestra muestra solo incluye mujeres trabajadoras del sistema de salud provenientes de una cohorte sin representatividad, una población potencialmente más consciente del autocuidado, lo que limita la generalización de los resultados.

Conclusión

En esta cohorte de mujeres adultas que trabajan en una institución de salud de México se observa un riesgo elevado de depresión asociado a violencia de pareja. Nuestros hallazgos evidencian la necesidad de desarrollar e implementar estrategias para prevenir la violencia de pareja en los sitios de trabajo, contar con infraestructura para proveer atención y consejería inmediata, y brindar un ambiente seguro para las trabajadoras que sufren violencia. La violencia de pareja en el personal de salud requiere atención, ya que

las personas usuarias de los servicios de salud que experimentan violencia tienden a buscar apoyo en dicho personal.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El riesgo de desarrollar depresión o síntomas depresivos es mayor en las mujeres que han experimentado violencia de pareja alguna vez en la vida. Sin embargo, la capacidad de enmarcar el periodo en el cual ocurrió la violencia, así como el tipo y la intensidad, es sustancial para fines de prevención en poblaciones con alta prevalencia de violencia de pareja y depresión.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El riesgo de depresión aumenta en las mujeres que experimentan violencia de pareja en los últimos 12 meses, independientemente del tipo (física, psicológica o sexual). Los programas de prevención de la violencia de pareja deben implementarse en los sitios de trabajo de las mujeres y requieren considerar estrategias de tamizaje de depresión, incluso en poblaciones consideradas de bajo riesgo.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

E. Salazar-Martínez y J. Salmerón concibieron y diseñaron la cohorte, y revisaron de manera crítica el manuscrito. C. Guzmán-Rodríguez condujo el análisis de datos, preparó las tablas y esbozó la primera versión del manuscrito. L.A. Cupul-Uicab guió el análisis estadístico, interpretó los datos, editó las primeras versiones del manuscrito y revisó críticamente el texto. G.L. Guimarães Borges concibió la hipótesis de estudio y revisó de manera crítica el texto. L.M. Reynales-Shigematsu revisó críticamente el texto. Todas las personas firmantes revisaron y aprobaron la versión final.

Financiación

Este trabajo fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) de México, con los siguientes apoyos: SALUD-2010-1-139796, CB-2013-01-221628 y SALUD-201-01-161930. La autora principal es becaria CONACYT (apoyo 419407).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi: [10.1016/j.gaceta.2019.09.005](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005).

Bibliografía

1. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
2. Bott S, Guedes A, Goodwin M, et al. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012. p. 186.
3. Daoud N, Matheson FI, Pedersen C, et al. Pathways and trajectories linking housing instability and poor health among low-income women experiencing intimate partner violence (IPV): toward a conceptual framework. *Women Health.* 2016;56:208–25.
4. Ruiz-Perez I, Escriba-Aguir V, Montero-Pinar I, et al. Prevalence of intimate partner violence in Spain: a national cross-sectional survey in primary care. *Aten Primaria.* 2017;49:93–101.
5. Carmona-Torres JM, Cobo-Cuenca AI, Recio-Andrade B, et al. Health professionals who suffer intimate partner violence: a descriptive, multicenter, and cross-sectional study. *J Forensic Nurs.* 2019;15:9–17.
6. McLindon E, Humphreys C, Hegarty K. "It happens to clinicians too": an Australian prevalence study of intimate partner and family violence against health professionals. *BMC Womens Health.* 2018;18:113.
7. Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol.* 2014;5.
8. Tsai AC, Tomlinson M, Comulada WS, et al. Intimate partner violence and depression symptom severity among South African women during pregnancy and postpartum: population-based prospective cohort study. *PLoS Med.* 2016;13:e1001943.
9. Delara M. Mental health consequences and risk factors of physical intimate partner violence. *Mental Health in Family Medicine.* 2016;7.
10. Stewart DE, Vigod S, Riazantseva E. New developments in intimate partner violence and management of its mental health sequelae. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18:4.
11. Mason R, O'Rinn SE. Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Glob Health Action.* 2014;7:24815.
12. Wathen CN, MacGregor JCD, MacQuarrie BJ. Relationships among intimate partner violence, work, and health. *J Interpers Violence.* 2018;33:2268–90.
13. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, et al. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2012;75:959–75.
14. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med.* 2013;10:e1001439.
15. La Flair LN, Bradshaw CP, Campbell JC. Intimate partner violence/abuse and depressive symptoms among female health care workers: longitudinal findings. *Womens Health Issues.* 2012;22:e53–9.
16. INEGI. Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2016. Geografía INDeY, ed. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2017.
17. OPS. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: OPS; 2017.
18. Denova-Gutiérrez E, Flores YN, Gallegos-Carrillo K, et al. Health workers cohort study: methods and study design. *Salud Publica Mex.* 2016;58:708–16.
19. Bojorquez Chapela INSdS. Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 10 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental.* 2009;9.
20. Castro R, García L, Ruiz A, et al. Developing an index to measure violence against women for comparative studies between Mexico and the United States. *J Fam Viol.* 2006;95–104.
21. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health.* 2003;93:1110–6.
22. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry.* 2018;5:357–69.
23. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, et al. 2011 Compendium of physical activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43:1575–81.
24. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation.* 2014;129:S102–38.
25. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Multilevel and longitudinal modeling using Stata. 2nd ed. College Station, TX: Stata Press; 2008.
26. Alhalal E. Obesity in women who have experienced intimate partner violence. *J Adv Nurs.* 2018;74:2785–97.
27. Mason SM, Ayoub N, Canney S, et al. Intimate partner violence and 5-year weight change in young women: a longitudinal study. *J Womens Health (Larchmt).* 2017;26:677–82.

28. De Hert M, Dekker JM, Wood D, et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. 2009;24:412–24.
29. Shrier I, Platt RW. Reducing bias through directed acyclic graphs. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:70.
30. INEGI. Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2011. Geografía INdEy, ed. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013.
31. Lövestad S, Löve J, Vaez M, et al. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*. 2017;17:335.
32. Cavanaugh C, Campbell J, Messing JT. A longitudinal study of the impact of cumulative violence victimization on comorbid posttraumatic stress and depression among female nurses and nursing personnel. *Workplace Health Saf*. 2014;62:224–32.
33. Okafor CN, Barnett W, Zar HJ, et al. Associations of emotional, physical, or sexual intimate partner violence and depression symptoms among South African Women in a prospective cohort study. *J Interpers Violence*. 2018; 886260518796522.
34. Medina-Mora ME, Guilherme B, Lara Muñoz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26:16.
35. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, et al. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *J Affect Disord*. 2012;138:165–9.