



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

RELACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DE PAREJA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS

**THE RELATIONSHIP BETWEEN EXPOSURE TO INTIMATE
PARTNER VIOLENCE AND DEPRESSION IN ADULTS**

Alitzel García Hernández
Universidad Autónoma de Puebla

Luz Karina Ramírez Dueñas
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Maria Nalleli Torres Gutierrez
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Liliana Yamilleth-Villagómez
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Carlos Alejandro Herrera Margarito
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Relación entre la Exposición a Violencia de Pareja y Depresión en Adultos

Alitzel Garcia Hernandez¹

alitzelmacca@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-4945-2573>

Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Estado de Puebla, México

Luz Karina Ramirez Dueñas

Luzkramirez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4690-9618>

Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Puebla, México.

Maria Nalleli Torres Gutierrez

r2nallelitorres@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8426-135X>

Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Puebla, México.

Liliana Yamilleth-Villagómez

Yamsvi2@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-1875-0377>

Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Puebla, México.

Carlos Alejandro Herrera Margarito

carlialexismargarito@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-5844-1499>

Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Puebla, México.

RESUMEN

Introducción: La violencia de pareja constituye un problema de salud pública con importantes repercusiones en la salud mental. La evidencia muestra una asociación consistente entre la exposición a violencia y la presencia de depresión. **Objetivo:** Analizar la relación entre la exposición a violencia de pareja y los síntomas depresivos en adultos que acuden a consulta de psiquiatría. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal realizado en la consulta externa de un hospital psiquiátrico de Puebla, México. Se incluyeron 125 pacientes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La violencia de pareja se evaluó con la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada y la severidad de la depresión con la Escala de Hamilton para Depresión. Se realizaron análisis descriptivos, comparaciones y correlación de Pearson. **Resultados:** La muestra estuvo integrada por 99 mujeres y 26 hombres. El 88 % reportó violencia de pareja alguna vez en la vida predominando la violencia psicológica (54,4 %). El 76,8 % presentó algún grado de depresión. Las mujeres mostraron mayor frecuencia y severidad de violencia física, coerción sexual y lesiones ($p < 0,05$). La correlación entre violencia total y depresión fue positiva, aunque de baja magnitud ($r = 0,208$; $p = 0,054$). **Discusión:** La evidencia previa señala a la violencia de pareja como un factor de riesgo relevante para la depresión. **Conclusiones:** La coexistencia de violencia de pareja y depresión fue elevada. Aunque la asociación no alcanzó significancia estadística, su relevancia clínica respalda la detección sistemática de violencia de pareja en los servicios de salud mental.

Palabras clave: Violencia de Pareja; Depresión; Trastorno Depresivo; Adulto; Salud Mental.

¹ Autor principal:

Correspondencia: Luzkramirez@gmail.com

The Relationship Between Exposure to Intimate Partner Violence and Depression in Adults

ABSTRACT

Introduction: Intimate partner violence is a major public health issue with significant consequences for mental health. Evidence consistently demonstrates an association between exposure to intimate partner violence and the presence of depression. **Objective:** To analyze the relationship between exposure to intimate partner violence and depressive symptoms in adults attending psychiatric outpatient care. **Materials and Methods:** An observational, analytical, cross-sectional study was conducted at the outpatient department of a psychiatric hospital in Puebla, Mexico. A total of 125 patients were included through non-probability convenience sampling. Intimate partner violence was assessed using the Revised Conflict Tactics Scales and depression severity was measured with the Hamilton Depression Rating Scale. Descriptive analyses, group comparisons, and Pearson's correlation were performed. **Results:** The sample consisted of 99 women and 26 men. Overall, 88% reported having experienced intimate partner violence at some point in their lives, with psychological violence being the most prevalent type (54.4%). Additionally, 76.8% presented some degree of depression. Women showed significantly higher frequency and severity of physical violence, sexual coercion, and injuries than men ($p < 0.05$). The correlation between the overall violence index and depression scores was positive but weak ($r = 0.208$; $p = 0.054$). **Discussion:** Previous evidence identifies intimate partner violence as a relevant risk factor for depression. **Conclusions:** The coexistence of intimate partner violence and depression was high. Although the association did not reach statistical significance, its clinical relevance supports the systematic screening for intimate partner violence in mental health services.

Keywords: Intimate Partner Violence; Depression; Depressive Disorder; Adult; Mental Health.

Artículo recibido 20 julio 2026

Aceptado para publicación: 20 agosto 2026



INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno complejo y multifactorial que históricamente ha acompañado a las sociedades humanas y que actualmente representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Lejos de limitarse a manifestaciones físicas evidentes, la violencia abarca un amplio espectro de conductas intencionales que pueden causar daño físico, psicológico, sexual, económico o social, afectando directamente el bienestar y el funcionamiento de quienes la sufren^{1,2}. En el ámbito de la salud mental, la violencia actúa no solo como un factor de estrés agudo, sino también como un factor de riesgo crónico que aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos, incluida la depresión.

Desde una perspectiva teórica, la violencia se ha explicado mediante diversos modelos que incorporan factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Las teorías contemporáneas reconocen que la conducta violenta no puede atribuirse a una sola causa, sino que surge de la interacción entre predisposiciones individuales y contextos ambientales adversos³. Modelos como la teoría del aprendizaje social proponen que la violencia puede adquirirse y normalizarse mediante la observación repetida de conductas agresivas, especialmente cuando estas son reforzadas o minimizadas socialmente². Paralelamente, la investigación neurobiológica ha documentado la implicación de estructuras cerebrales como la amígdala y la corteza prefrontal, así como de neurotransmisores como la serotonina, en la regulación de la agresión y la impulsividad. Estos hallazgos ayudan a explicar por qué algunos individuos pueden ser más vulnerables a las conductas violentas o a sus consecuencias emocionales⁴.

Entre las diversas manifestaciones de violencia interpersonal, la violencia de pareja ocupa un lugar central debido a su alta prevalencia, su carácter recurrente y la cercanía emocional entre víctima y agresor. Actualmente, la violencia de pareja se define como cualquier comportamiento llevado a cabo dentro de una relación íntima con la intención de causar daño, ejercer control o subordinar a la otra persona, independientemente del tipo de relación o su duración¹. Esta forma de violencia incluye manifestaciones psicológicas, físicas, sexuales, económicas y, más recientemente, tecnológicas, que a menudo coexisten y se refuerzan mutuamente, generando patrones de polivictimización que intensifican el impacto negativo en la salud mental⁵.

La evidencia científica ha demostrado consistentemente que la violencia psicológica es una de las formas



más frecuentes y, al mismo tiempo, una de las más difíciles de identificar debido a su naturaleza sutil y su normalización dentro de dinámicas relacionales disfuncionales. Sin embargo, varios estudios han indicado que este tipo de violencia puede generar un impacto incluso mayor que la violencia física en términos de síntomas depresivos, ansiedad y deterioro del funcionamiento psicosocial^{6,7}. Asimismo, la violencia sexual y la violencia física grave se han asociado con un mayor riesgo de depresión mayor, ideación suicida y trastornos relacionados con el estrés, particularmente cuando la exposición es prolongada o comienza a edades tempranas^{8,9}.

La depresión, a su vez, es uno de los trastornos mentales más prevalentes e incapacitantes a nivel mundial, que afecta aproximadamente al 3,8 % de la población adulta global y representa una de las principales causas de discapacidad¹⁰. Clínicamente, se caracteriza por un conjunto de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos que interfieren significativamente en el funcionamiento social, laboral y familiar de quienes la padecen¹¹. Numerosos estudios han documentado que la exposición a la violencia de pareja aumenta sustancialmente el riesgo de desarrollar síntomas depresivos tanto en mujeres como en hombres, aunque con mayor carga y gravedad en las mujeres^{12,13}.

Estudios longitudinales y transversales realizados en diferentes contextos socioculturales han identificado una relación bidireccional entre la violencia de pareja y la depresión, en la que la violencia actúa como predictor del desarrollo de síntomas depresivos, mientras que la depresión preexistente puede, a su vez, aumentar la vulnerabilidad a experimentar relaciones violentas¹⁴. Además, la intensidad, la frecuencia y la diversidad de los actos violentos se han correlacionado positivamente con la gravedad de la sintomatología depresiva, lo que subraya la importancia de evaluar exhaustivamente las experiencias de violencia en el manejo clínico de los trastornos del estado de ánimo^{8,5}.

En el contexto mexicano, la violencia de pareja representa un problema de considerable magnitud. Datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) indican que una proporción significativa de mujeres ha experimentado alguna forma de violencia por parte de sus parejas a lo largo de su vida, siendo la violencia psicológica la más prevalente¹⁵. A pesar de estos hallazgos, la mayoría de los estudios epidemiológicos y clínicos se han centrado casi exclusivamente en la violencia contra las mujeres, lo que ha contribuido a la invisibilización de la violencia que los hombres también pueden experimentar en las relaciones de pareja¹⁶. Esta limitación dificulta una comprensión

integral del fenómeno y restringe el desarrollo de estrategias de intervenciones equitativas y basadas en la evidencia.

En el estado de Puebla, la situación es particularmente relevante, ya que se han reportado altas tasas de violencia de pareja y depresión, especialmente entre mujeres adultas. Sin embargo, los estudios locales que analizan conjuntamente la violencia de pareja y la sintomatología depresiva son escasos y tienden a enfocarse principalmente en poblaciones femeninas específicas, dejando de lado a los hombres y otros grupos que también pueden verse afectados^{15,17}. Esta falta de información limita la detección oportuna de la violencia en entornos clínicos, particularmente en servicios de salud mental, donde los síntomas depresivos a menudo se abordan sin explorar sistemáticamente la posible exposición a la violencia de pareja.

Considerando lo anterior, es esencial analizar más a fondo la relación entre la exposición a la violencia de pareja y la depresión en adultos que acuden a consulta psiquiátrica, integrando una perspectiva inclusiva que considere a ambos sexos y las diferentes formas de violencia. Comprender esta relación no solo mejorará la detección clínica de la violencia como factor subyacente o de mantenimiento de la depresión, sino que también contribuirá al diseño de intervenciones terapéuticas más completas dirigidas a abordar tanto los síntomas psiquiátricos como las condiciones psicosociales que los originan o perpetúan. En este contexto, el presente estudio busca aportar evidencia que fortalezca el enfoque clínico y preventivo de dos problemas estrechamente relacionados con un impacto significativo en la salud pública.

METODOLOGÍA

Diseño y población

La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental transversal y correlacional¹⁸. La población incluyó adultos, hombres y mujeres, que acudieron a atención ambulatoria al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico, con diagnóstico de trastornos depresivos (depresión mayor y depresivo persistente).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron en el estudio adultos mayores de 18 y menores de 65 años, de ambos sexos, que acudieron a consulta externa de psiquiatría y cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-5 (Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición) para depresión (trastorno de depresión mayor o trastorno depresivo persistente), que se encontraran o se hubieran encontrado previamente en una relación sentimental, y que aceptaran participar en el estudio firmando la carta de consentimiento informado.

Tamaño de muestra y muestreo

La muestra fue de 125 pacientes calculada para una población finita considerando que un margen de error aceptable utilizado por la mayoría de los investigadores suele situarse entre el 3% y el 6%, se ha trabajado con un error de 5%, así mismo se utilizó un nivel de confianza del 95%¹⁹. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Instrumentos

Escala de Tácticas de Conflicto en su versión revisada (CTS2)²⁰, instrumento autoadministrado que ha sido utilizado a nivel mundial para evaluar el fenómeno de la violencia dentro de la pareja, traducida y validada para población mexicana²¹. Cuenta con 78 ítems, 39 para evaluación de la propia conducta y 39 para evaluación de la conducta de la pareja, y consta de cinco subescalas: negociación, violencia psicológica, violencia física, coerción sexual y lesiones. La escala tiene ocho opciones de respuesta; los valores del 0 al 6 indican la frecuencia con la que ha ocurrido una determinada conducta: 1 (una vez), 2 (dos veces), 3 (entre tres y cinco veces), 4 (de seis a diez veces), 5 (de once a veinte veces) y 6 (más de veinte veces). El valor 7 se usa para indicar que la conducta no ocurrió el año pasado, pero sí en algún momento previo, mientras que el 0 significa que nunca ha sucedido²². Las principales puntuaciones de la escala son: 2 Prevalencia anual: Indica si ocurrió al menos un acto violento durante los últimos 12 meses.

Historial de violencia de pareja: Exposición a una o más conductas violentas dentro de una relación de pareja, ya sea en el último año o en algún momento previo. Esto permite distinguir entre experiencias actuales y pasadas de violencia de pareja.

Frecuencia anual: estimación cuantitativa del número de veces que ocurrieron las conductas evaluadas durante los últimos 12 meses.

Escala de Hamilton para depresión²³, instrumento clínico diseñado para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos, así como la respuesta al tratamiento farmacológico. Los ítems se puntúan en

una escala de 0 a 2 o 0 a 4, dependiendo de la pregunta, donde 0 representa la ausencia del síntoma y los valores más altos indican mayor severidad. La puntuación total posible oscila entre 0 y 52, y las puntuaciones más altas reflejan una mayor gravedad de los síntomas: 0 a 7 puntos (sin depresión), 8 a 13 puntos (depresión leve), 14 a 18 puntos (depresión moderada), 19 a 22 puntos (depresión grave) y ≥ 23 puntos (depresión muy grave).

Procedimiento

Se identificaron en el servicio de consulta externa a los pacientes candidatos para participar en el estudio que cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos, específicamente aquellos con diagnóstico de trastornos depresivos (depresión mayor y trastorno depresivo persistente). A dichos usuarios se les informó sobre el estudio, explicándoles los riesgos, beneficios y ventajas de su participación, además de aclarar que esta era voluntaria, no obligatoria, y que podían revocar su consentimiento en cualquier momento si así lo deseaban. Posteriormente, se les solicitó la firma de la carta de consentimiento informado y, una vez obtenida, se recabaron mediante entrevista los datos demográficos necesarios, así como otras variables relevantes que no se encontraban disponibles en el expediente clínico. Después se aplicó durante la consulta la escala de Hamilton para depresión y se proporcionó la escala CTS-2 para la evaluación de violencia de pareja. La información obtenida de ambas escalas fue recopilada y los usuarios se clasificaron de acuerdo con los diferentes puntajes obtenidos. Finalmente, tras registrar toda la información requerida, se elaboró la base de datos correspondiente para su posterior análisis estadístico.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 27. Los procedimientos se estructuraron en tres fases: descriptiva, comparativa e inferencial²⁴.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo para las variables sociodemográficas (sexo, género, orientación sexual, estado civil, escolaridad y ocupación) y la prevalencia de violencia, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. En el análisis de las variables clínicas, para la depresión se calculó la media y desviación estándar para el puntaje total de la escala HAM-D (Escala de Calificación de Depresión de Hamilton), posteriormente, los datos se categorizaron según los niveles clínicos (sin depresión, leve, moderada, severa y muy severa). Para la violencia de pareja, se analizó la prevalencia

global y por dimensiones, dado que las variables de frecuencia y severidad ponderada presentaron distribuciones con marcada asimetría positiva, estas se describieron mediante la mediana y el rango intercuartílico.

En el análisis comparativo, para identificar diferencias entre hombres y mujeres, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para comparar los distintos tipos de violencia de pareja según el sexo. Para los datos de frecuencia y severidad de la violencia, debido a su naturaleza no paramétrica, se empleó la prueba de U de Mann-Whitney para comparar las distribuciones de los rangos promedio entre ambos grupos.

Para examinar la relación entre el índice de violencia total y la sintomatología depresiva, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson. Este índice de violencia de pareja se construyó sumando los reactivos de las cuatro dimensiones evaluadas por la CTS-2, excluyendo la escala de negociación. Se consideró una significancia con valor $p < 0,0525$.

Consideraciones éticas

Se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki, asegurando la participación voluntaria, el consentimiento informado y el derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones en la atención médica. Los datos se almacenaron en una base segura, accesible solo al equipo investigador. El estudio fue evaluado y autorizado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” el 12 de febrero de 2024, con la clave de registro 6.2/24/07.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente estudio estuvo conformado por un total de 125 individuos, con 99 mujeres (79,2%) y 26 hombres (20,8%) que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad de la población estudiada tuvo una media de 39,06 años (+/- DE 13,09), con una mínima de 18 y una máxima de 65 años. 20 años o menos (4%, $n = 5$), 21 a 40 años (53,6%, $n = 67$), 41 a 60 años (36%, $n = 45$) y más de 60 años (6,4%, $n = 8$).

La distribución de identidad de género y orientación sexual reportada en la población de estudio se detalla en la **tabla 1**.

En cuanto al estado civil, al menos el 73,6% reportó encontrarse dentro de una relación de pareja al momento del estudio. En cuanto a la ocupación, se observó una mayor representación de personas dedicadas a las labores del hogar (31,2%, $n = 39$), seguidas por empleadas y empleados (28,8%, $n = 36$)



y comerciantes (13,6%, n = 17). En menor proporción se identificaron estudiantes (8,0%, n = 10) y las demás ocupaciones, como profesionistas (arquitecta, médico, maestro/a) así como trabajadores manuales o técnicos (albañil, cocinera, estilista, campesino) presentaron frecuencias individuales inferiores al 3% cada una.

En relación con el nivel educativo, la mayoría de los participantes reportó haber cursado secundaria (24,8%, n = 31), seguida por bachillerato (23,2%, n = 29) y licenciatura (21,6%, n = 27). En menor proporción se identificaron participantes con educación primaria (15,2%, n = 19) y formación técnica (8,8%, n = 11), mientras que un 4% (n = 5) refirió contar con posgrado y solo 2,4% (n = 3) indicó no haber cursado estudios formales.

Depresión

Los resultados de la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) indicaron una media de 14,34 puntos (DE +/- 7,53), con un rango de 1 a 38 puntos. De acuerdo con la clasificación clínica, el 76,8 % de los participantes presentó algún grado de depresión (leve, moderada, severa o muy severa) (**Tabla 2**).

Violencia de pareja

El análisis de la violencia de pareja se centró en las cuatro dimensiones principales de la CTS-2: violencia física, violencia psicológica, coerción sexual y lesiones, cada una de ellas evaluada a partir de los ítems correspondientes de cada subescala.

Historial de violencia de pareja

El historial de violencia de pareja se construyó a partir de la Escala de Tácticas de Conflicto versión revisada (CTS-2), clasificando a los participantes en tres categorías: sin violencia, violencia en el pasado y violencia reciente. Del total de la muestra (n = 125), el 12% (n = 15) no reportó haber experimentado violencia de pareja. En contraste, el 30,4% (n = 38) refirió haber estado expuesto a violencia de pareja en algún momento previo, pero no durante el último año, mientras que el 57,6% (n = 72) reportó al menos un episodio de violencia de pareja ocurrido en los últimos 12 meses.

Prevalencia anual de violencia de pareja

Para calcular la prevalencia anual de la violencia de pareja en los participantes de la muestra se consideró como caso positivo a toda persona que reportó al menos un episodio de violencia en el último año

(respuestas 1 a 6 en cada ítem) en las cuatro dimensiones de VP de la escala (violencia psicológica, física, coerción sexual y lesiones).

De manera global, el 57,6% de los participantes reportó haber experimentado al menos una forma de violencia de pareja durante el último año, mientras que el 42,4% no refirió la ocurrencia de conductas violentas en dicho periodo.

Los resultados mostraron que la violencia psicológica constituye la forma más ampliamente reportada, con una prevalencia de 54,4% durante el último año. En menor proporción, el 28,8% refirió haber experimentado violencia física, mientras que la coerción sexual y las lesiones fueron reportadas por el 20,8% de la muestra, respectivamente. Al analizar la prevalencia anual por tipo de violencia, la violencia psicológica fue la forma más frecuente en ambos sexos, sin diferencias estadísticamente significativas. En contraste, la violencia física mostró una diferencia estadísticamente significativa según el sexo, con una mayor prevalencia en mujeres en comparación con los hombres. Por su parte, la coerción sexual y las lesiones se presentaron con mayor frecuencia en mujeres, no obstante, estas diferencias no alcanzaron significación estadística. Esto indica que, si bien la violencia de pareja durante el último año afecta a hombres y mujeres, las diferencias por sexo son más evidentes en la violencia física (Tabla 3).

La frecuencia anual de la violencia de pareja se estimó a partir de la recodificación de las categorías de las frecuencias de la CTS-2 en valores continuos que representan el número aproximado de episodios ocurridos durante el último año, excluyendo las conductas reportadas únicamente en periodos previos. Este procedimiento permitió obtener medidas cuantitativas de la recurrencia de la violencia tanto de manera global como por tipo de violencia.

En relación con la frecuencia anual total, los resultados mostraron una distribución marcadamente asimétrica, con una amplia dispersión de los valores. La mediana del puntaje total anual de violencia fue de 23 episodios estimados, con un rango intercuartílico de 7 a 101,75, lo que evidencia una considerable variabilidad en la recurrencia de las conductas violentas dentro de la muestra analizada.

De manera complementaria, la **Tabla 4** presenta la frecuencia anual de la violencia de pareja desagregada por subescala. Dado que las distribuciones presentaron una marcada asimetría positiva, los resultados se describen mediante la mediana y el rango intercuartílico. También presenta la distribución de los niveles de frecuencia de la violencia de pareja por subescala, considerando únicamente a los

participantes que reportaron violencia durante el último año ($n = 72$). La clasificación se realizó con base en los puntos de corte establecidos para la CTS-2, agrupando las frecuencias anuales en los niveles sin violencia, leve, moderada, severa y muy severa.

Severidad de la violencia de pareja

La severidad de la violencia de pareja se clasificó en niveles (sin violencia, leve, moderada, severa y muy severa) para cada subescala de la CTS-2, utilizando los puntos de corte establecidos para la severidad ponderada. La distribución detallada de los niveles de severidad ponderada por tipo de violencia se presenta en la **Tabla 5**.

Relación entre violencia de pareja y depresión

Para evaluar la relación entre la violencia de pareja y la sintomatología depresiva, se construyó un índice de violencia total a partir de la Escala de Tácticas de Conflicto versión revisada (CTS-2). Dicho índice se obtuvo mediante la suma de todos los reactivos de violencia (psicológica, física, sexual y lesiones), excluyendo los ítems correspondientes a negociación.

La relación entre el índice de violencia total y la puntuación total de depresión se exploró mediante el coeficiente de correlación de Pearson. El análisis se realizó únicamente con los participantes que contaban con información completa en ambas variables, lo que dio como resultado un tamaño muestral efectivo de 86 casos.

Los resultados mostraron una correlación positiva de magnitud baja entre la violencia total y la puntuación total de depresión ($r = 0,208$), la cual no alcanzó significación estadística ($p = 0,054$, bilateral (**figura 1**).

ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS.

Tabla 1. Distribución según la identidad de género y la orientación sexual

Identidad de género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	23	18,4%
Femenino	96	76,8%
Transgénero	3	2,4%
Otro	3	2,4%
Total	125	100%

Orientación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	99	79,2%
Bisexual	15	12,0%
Homosexual	10	8,0%
Otro	1	0,8%
Total	125	100%

Fuente: Base de datos

Tabla 2. Categorías y frecuencia de depresión según HAM-D

Categoría	n	Porcentaje
Sin depresión	29	23,2%
Depresión leve	27	21,6%
Depresión moderada	31	24,8%
Depresión severa	17	13,6%
Depresión muy severa	21	16,8%
Total	125	100%

Fuente: Base de datos

Tabla 3. Prevalencia de los tipos de violencia de pareja y según sexo

Tipo de violencia	n	Prevalencia
Violencia psicológica	68	54,4%
Violencia física	36	28,8%
Lesiones	26	20,8%
Coerción sexual	26	20,8%

Tipo de violencia	Hombres (%)	n	Mujeres n (%)	χ^2	p
Prevalencia global	12 (46,2)	60	60 (60,6)	1,761	,184
Violencia Psicológica	12 (46,2)	56	56 (56,6)	0,90	,343
Violencia física	3 (11,5)	33	33 (33,3)	4,77	,029
Coerción sexual	2 (7,7)	24	24 (24,2)	3,42	,064
Lesiones	2 (7,7)	24	24 (24,2)	3,42	,064

Fuente: Base de datos

Tabla 4. Frecuencia anual total, por tipo de violencia y distribución por subescala

Tipo de violencia	n	Mediana	RIC (P25-P75)	
<i>Violencia total</i>	72	23,0	7,0 – 101,75	
<i>Violencia psicológica</i>	68	18,5	4,25 – 64,0	
<i>Violencia física</i>	36	8,0	2,0 – 77,5	
<i>Coerción sexual</i>	26	8,0	3,5 – 31,0	
<i>Lesiones</i>	26	13,0	2,75 – 39,0	
	Violencia Psicológica	Violencia Física	Coerción sexual	Lesiones
Nivel de frecuencia	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Sin violencia</i>	1 (1,4)	32 (44,4)	44 (61,1)	41 (56,9)
<i>Leve</i>	37 (51,4)	25 (34,7)	19 (26,4)	20 (27,8)
<i>Moderada</i>	13 (18,1)	6 (8,3)	4 (5,6)	5 (6,9)
<i>Severa</i>	11 (15,3)	6 (8,3)	2 (2,8)	5 (6,9)
<i>Muy severa</i>	10 (13,9)	3 (4,2)	3 (4,2)	1 (1,4)

Nota: RIC: rango intercuartílico

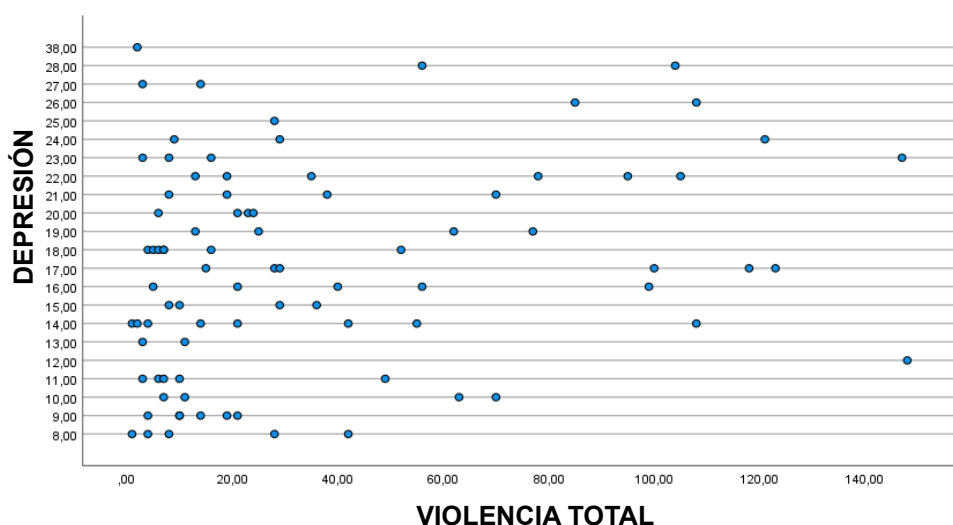
Fuente: Base de datos

Tabla 5. Distribución de los niveles de severidad ponderada de la violencia de pareja por subescala

	Violencia Psicológica	Violencia Física	Coerción sexual	Lesiones
Nivel de severidad	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Sin violencia</i>	1 (1,4)	32 (44,4)	44 (61,1)	41 (56,9)
<i>Leve</i>	41 (56,9)	29 (40,3)	19 (26,4)	22 (30,6)
<i>Moderada</i>	13 (18,1)	4 (5,6)	5 (6,9)	3 (4,2)
<i>Severa</i>	9 (12,5)	5 (6,9)	1 (1,4)	6 (8,3)
<i>Muy severa</i>	8 (11,1)	2 (2,8)	3 (4,2)	-

Fuente: Base de datos

Figura 1. Diagrama de dispersión: depresión total por violencia total



Nota: El análisis gráfico mediante un diagrama de dispersión evidenció una amplia variabilidad en los puntajes, sin un patrón lineal claramente definido, aunque con una tendencia general positiva

DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la relación entre la exposición a violencia de pareja y la presencia de sintomatología depresiva en adultos atendidos en consulta externa de psiquiatría. Aunque la correlación entre el índice global de violencia de pareja y la puntuación en la Escala de Hamilton fue positiva, esta no alcanzó significación estadística ($r = 0,208$; $p = 0,054$). No obstante, se observó una elevada coexistencia de ambos fenómenos, ya que el 88% de los participantes reportó antecedente de violencia de pareja y el 76,8% presentó algún grado de depresión, lo que confirma que la violencia constituye un problema clínicamente relevante en pacientes que reciben atención psiquiátrica.

La prevalencia de violencia de pareja encontrada fue considerablemente superior a la descrita en estudios poblacionales nacionales e internacionales. Mientras que la ENDIREH reportó que el 43,9% de las mujeres en Puebla ha experimentado violencia por parte de su pareja alguna vez en la vida y el 21,4% durante el último año, en la presente muestra clínica estas cifras alcanzaron el 88% y 57,6%, respectivamente¹⁶. De manera similar, estudios documentaron una prevalencia global cercana al 37% de violencia de pareja a lo largo de la vida y alrededor del 24% durante el último año, cifras muy inferiores a las observadas en este estudio²⁶. Estas diferencias probablemente obedecen a que la población evaluada estuvo conformada por pacientes con trastornos psiquiátricos, quienes presentan una mayor

vulnerabilidad psicosocial y una mayor exposición a factores de riesgo asociados con violencia interpersonal.

Al igual que en investigaciones previas, la violencia psicológica representó la forma de violencia más frecuente y recurrente. Este hallazgo coincide con estudios realizados tanto en población mexicana como internacional, los cuales describen a la violencia psicológica como la modalidad predominante dentro de las relaciones de pareja y, con frecuencia, como el primer componente del ciclo de violencia antes de la aparición de agresiones físicas o sexuales^{6,7}. Además de su elevada prevalencia, la violencia psicológica presentó la mayor recurrencia y severidad acumulada, lo que refuerza la evidencia que señala que conductas repetitivas como humillaciones, amenazas, descalificaciones y control coercitivo producen un efecto acumulativo sobre la salud mental comparable e incluso superior al de otras formas de violencia^{8,9}.

Las mujeres presentaron mayor frecuencia y severidad de violencia física, coerción sexual y lesiones en comparación con los hombres. Este patrón concuerda con la evidencia epidemiológica disponible, que muestra que, aunque ambos sexos pueden experimentar violencia de pareja, las mujeres suelen estar expuestas a formas más graves, persistentes y con mayor potencial lesivo^{6,10}. Factores estructurales como la desigualdad de género, la dependencia económica, la distribución desigual del poder dentro de la relación y las responsabilidades relacionadas con el cuidado familiar continúan explicando buena parte de estas diferencias. Sin embargo, también resulta relevante que casi una quinta parte de la muestra estuvo conformada por hombres y personas con identidades sexuales y de género diversas, grupos históricamente poco representados en la investigación sobre violencia de pareja³. La inclusión de estas poblaciones permite reconocer que la violencia constituye un problema transversal cuyo reconocimiento puede verse limitado por normas sociales que favorecen el subregistro, particularmente entre hombres y minorías sexuales¹²⁻¹⁴.

La elevada frecuencia de sintomatología depresiva observada también resulta consistente con el contexto clínico estudiado. Mientras que la Organización Mundial de la Salud estima una prevalencia cercana al 5% de depresión en la población adulta, en esta investigación más de tres cuartas partes de los participantes presentaron algún grado de depresión. Estas cifras son semejantes a las reportadas en otros estudios realizados en servicios especializados y refugios para víctimas de violencia, donde la

coexistencia entre violencia de pareja y trastornos afectivos alcanza prevalencias superiores al 60%^{3,4}. Este hallazgo refuerza la necesidad de considerar la violencia de pareja como un componente clínico habitual durante la evaluación psiquiátrica.

Aunque la asociación estadística entre violencia y depresión no alcanzó significación, este resultado debe interpretarse con cautela. Diversas explicaciones metodológicas pueden justificar este hallazgo. En primer lugar, la muestra estuvo integrada exclusivamente por pacientes psiquiátricos, quienes presentaban una elevada carga basal de síntomas depresivos, reduciendo la variabilidad necesaria para identificar asociaciones de mayor magnitud. En segundo lugar, el índice global de violencia utilizado integró diferentes tipos de violencia en una única medida, lo que pudo atenuar asociaciones específicas previamente documentadas, particularmente entre violencia psicológica y depresión. Finalmente, la depresión es un trastorno multifactorial en cuyo desarrollo intervienen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales, incluyendo antecedentes traumáticos, apoyo social, consumo de sustancias, enfermedades médicas y vulnerabilidad individual, variables que no fueron incorporadas en el presente análisis^{3,5,6}.

A pesar de la ausencia de significación estadística, la dirección positiva de la correlación observada resulta consistente con la evidencia disponible. Revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes han documentado asociaciones moderadas entre la exposición a violencia de pareja y la presencia de síntomas depresivos, especialmente cuando se analiza la violencia psicológica de forma independiente. De igual manera, estudios longitudinales han demostrado que la violencia constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo posterior de depresión, estableciendo incluso relaciones dosis-respuesta en las que una mayor frecuencia y severidad de la violencia incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos afectivos^{8,9}. En consecuencia, es posible que el reducido tamaño muestral efectivo para el análisis correlacional ($n = 86$) haya limitado la potencia estadística para detectar una asociación que clínicamente parece relevante.

Los resultados tienen importantes implicaciones para la práctica clínica. La elevada coexistencia de violencia de pareja y depresión respalda la necesidad de incorporar el tamizaje sistemático de violencia en los servicios de salud mental, independientemente del motivo principal de consulta. La identificación temprana de experiencias de violencia permitiría diseñar intervenciones integrales que contemplen tanto

el tratamiento psiquiátrico como estrategias de protección, apoyo psicosocial y referencia a servicios especializados, favoreciendo una recuperación clínica más completa y disminuyendo el riesgo de recaídas.

Entre las fortalezas del estudio destaca el empleo de instrumentos internacionalmente validados para evaluar tanto violencia de pareja como depresión, así como la inclusión de participantes de ambos sexos y de personas con diversas identidades de género y orientaciones sexuales, aspecto poco explorado en investigaciones nacionales. Asimismo, la evaluación simultánea de prevalencia, frecuencia y severidad permitió caracterizar la violencia de pareja desde una perspectiva más amplia que la utilizada habitualmente.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio destaca su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre violencia y depresión. Además, al tratarse de una muestra clínica proveniente de un servicio psiquiátrico, los resultados no pueden generalizarse a la población general. La información sobre violencia se basó en autoinformes, lo que puede generar sesgos de memoria o subregistro (por vergüenza, miedo o normalización cultural). También se utilizó un índice global de violencia que pudo haber atenuado asociaciones específicas entre ciertos tipos de violencia y la depresión. Finalmente, no se evaluaron variables moderadoras relevantes, como apoyo social, antecedentes de trauma o consumo de sustancias.

CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados de este estudio muestran una elevada coexistencia entre violencia de pareja y sintomatología depresiva en adultos atendidos en consulta externa de psiquiatría. La mayoría de los participantes reportó antecedentes de violencia de pareja, y más de tres cuartas partes presentó algún grado de depresión. La violencia psicológica fue la modalidad más frecuente, mientras que la violencia física, la coerción sexual y las lesiones se observaron con mayor frecuencia en mujeres. Aunque la correlación entre el índice total de violencia y la puntuación de depresión fue positiva y de baja magnitud, no alcanzó significación estadística, por lo que no puede establecerse una asociación concluyente ni una relación causal. Sin embargo, la relevancia clínica de estos hallazgos es importante, especialmente en una población con alta vulnerabilidad psicosocial. Estos resultados respaldan la

necesidad de incorporar de manera sistemática la detección de violencia de pareja dentro de la valoración integral de los pacientes con síntomas depresivos. Asimismo, se requieren estudios longitudinales, con muestras más amplias y representativas, que analicen de forma independiente los distintos tipos de violencia e incluyan variables como apoyo social, antecedentes traumáticos y consumo de sustancias, con el fin de comprender mejor su relación con la depresión..

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rojas-Solís JL, editor. Investigación, prevención e intervención en la violencia de pareja hacia la mujer. Puebla: Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Puebla; 2022.
- Robles Bykbaev Y, Saquicela F, Quito-Calle JV, Paz-y-Miño C, León-Alberca T, Torres-Toukoumidis Á, et al. Violencia. Dimensiones e implicaciones. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2024.
- Herrera Huerta CA, Camarena Robles E, Roque Soto Y, Aldrete Velasco J, editores. Temas selectos en neurociencias y psiquiatría. México: Paracelsus; 2022.
- Sepúlveda-Rojas E, Moreno-Paris JE. Psicobiología de la agresión y la violencia. Rev Iberoam Psicol. 2017;10(2):54-64. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10206>
- Bentley A, Riutort-Mayol G. The association between intimate partner violence type and mental health in migrant women living in Spain: findings from a cross-sectional study. Front Public Health. 2023;11:1307841. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1307841>
- Novo M, Herbón J, Amado BG. Género y victimización: efectos en la evaluación de la violencia psicológica sutil y manifiesta, apego adulto y tácticas de resolución de conflictos. Rev Iberoam Psicol Salud. 2016;7(2):89-97 <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.05.002>
- Crapolicchio E, Cinquegrana V, Regalia C. The role of positivity on depressive symptoms in women seeking help for intimate partner violence. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(22):7078 <https://doi.org/10.3390/ijerph20227078>
- Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. Int J Family Med. 2013;2013:313909. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SM, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in



2018. Lancet. 2022;399(10327):803-813. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02664-7)
- Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 28 ene 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med. 2002;23(4):260-268. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00514-7](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00514-7)
- Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, D'Abbs P, Tran N. Intimate partner violence and subsequent depression and anxiety disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020;55(5):611-620. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01828-1>
- Chatterji S, Heise L. Examining the bi-directional relationship between intimate partner violence and depression: findings from a longitudinal study among women and men in rural Rwanda. SSM Ment Health. 2021;1:100038. <https://doi.org/10.1016/j.smmh.2021.100038>
- Betancourt-Ocampo D, Andrade-Palos P, González-González A. Depresión y ansiedad en hombres y mujeres por tipo y nivel de violencia que han recibido de su pareja. Univ Psychol. 2021;20:1-14. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy20.dahm>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2022 [citado fecha]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información 2024 [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2024 [citado 27 ene 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-355523>
- Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev Med Clin Las Condes. 2019;30(1):36-49. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>
- Castro EMM. Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos. Rev Med Clin Las



- Condes. 2019;30(1):50-65. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.12.002>
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues*. 1996;17(3):283-316.
- Mora-Ríos J, Natera-Rey G, Tiburcio-Sáinz M, Juárez F. Propiedades psicométricas de la escala de tácticas de conflicto (CTS2) en mujeres mexicanas. *Rev Mex Psicol*. 2008;25(1):107-116.
- Consejo General de Psicología de España. Evaluación de la versión revisada de las Escalas de Tácticas de Conflicto: CTS-2. Madrid: Consejo General de Psicología de España; 2012.
- Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for depression. *J Psychiatr Res*. 1988;22(1):21-28. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(88\)90024-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(88)90024-6)
- Sagaró del Campo NM, Zamora Matamoros L. Técnicas estadísticas para identificar posibles relaciones bivariadas. *Rev Cubana Anestesiol Reanim*. 2020;19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182020000200008
- Tenny S, Abdelgawad I. Statistical significance. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
- White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(1):494-511. <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>