

Violencia de pareja íntima y trastornos de ansiedad durante el embarazo: la importancia de la formación del profesional de la equipo de enfermería para su afrontamiento¹

Mariana de Oliveira Fonseca-Machado²

Juliana Cristina dos Santos Monteiro³

Vanderlei José Haas⁴

Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão⁵

Flávia Gomes-Sponholz⁶

Objetivos: identificar la relación entre el trastorno de estrés postraumático, ansiedad estado-rasgo y la convivencia con pareja íntima violenta durante el embarazo. Método: estudio observacional y transversal, desarrollado con 358 mujeres embarazadas. Fueran utilizados el Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y una versión adaptada del instrumento utilizado por World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. Resultados: después de ajustar el modelo de regresión logística múltiple, el comportamiento violento de las parejas, que se produjo durante el embarazo, se asoció con la indicación de trastorno de estrés postraumático. Los modelos de regresión lineal múltiple ajustados evidenciaron que las víctimas de violencia, en el embarazo actual, tenían una puntuación más alta de síntomas de ansiedad estado-rasgo que las que no son o no fueran víctimas de violencia. Conclusión: reconocer que la pareja íntima violenta es factor de riesgo clínicamente relevante e identificable para la aparición de los trastornos de ansiedad durante el embarazo y que puede ser un primer paso en la prevención de esos problemas.

Descriptores: Maltrato Conyugal; Ansiedad; Trastornos por Estrés Postraumático; Embarazo; Enfermería; Salud Pública.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Violencia en la gestación y salud mental de mujeres víctimas de sus parejas", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, proceso nº 2012/06037-0.

² PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Investigador, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Mariana de Oliveira Fonseca-Machado
Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Enfermagem
Rod. Washington Luís, Km 235. Caixa Postal 676
Bairro: Monjolinho
CEP: 13565-905, São Carlos, SP, Brasil
E-mail: mafonseca.machado@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La violencia contra las mujeres es una de las principales formas de violación de los derechos humanos a la vida y a la salud, es un problema mundial de salud pública no determinado por clase social, religión, estado civil, escolaridad u orientación sexual, demanda esfuerzos de diversos sectores para su prevención y para la intervención. En ese marco, la violencia por pareja íntima (VPI) se caracteriza por actos de agresión física, la coacción sexual, abuso psicológico y las conductas de control, perpetrados por las parejas actuales o ex parejas⁽¹⁾.

La situación VPI es más frecuente entre las mujeres en edad reproductiva y puede ocurrir durante el embarazo, lo que hace que sea especialmente preocupante debido a los efectos adversos en la salud de la madre, del feto y posteriormente del niño. Las mujeres embarazadas, en comparación con las mujeres que no están embarazadas, tienen un mayor riesgo de violencia por la pareja porque, en general, están involucradas en una relación íntima⁽²⁾. La prevalencia de ese tipo de violencia durante el embarazo difiere entre las poblaciones de todo el mundo y las tasas tienden a ser más altas en los países de América Latina⁽³⁾, cuyas tasas varían de 3,0 a 34,5% para la violencia sexual; de 2,5 a 38,7% para la violencia física y de 13,0 a 44,0% para la psicológica. Estos datos son consistentes con la idea de que la VPI es más frecuente en poblaciones donde la desigualdad de género está sostenida por normas sociales y culturales y donde el castigo de las mujeres es acepto como prerrogativa de sus compañeros⁽⁴⁾.

Por lo tanto, el ciclo embarazo-puerperio, a menudo visto como un tiempo de bienestar emocional, también puede representar un momento de estrés. Las situaciones estresantes provocan cambios emocionales o trastornos mentales, que se caracterizan como los problemas de salud más comunes asociados con el embarazo⁽⁵⁾. La violencia perpetrada por un compañero íntimo es un factor estresante para muchas mujeres y contribuye a la aparición de los trastornos de ansiedad durante el embarazo, como la ansiedad estado-rasgo, ansiedad-estado y el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT)⁽⁶⁻⁷⁾ los cuales están asociados con efectos adversos para el feto, el niño y la mujer.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes en la población general y se producen en todas las edades, es común en el ciclo embarazo-puerperio, cuando implica cambios y adaptaciones psicológicas en la vida de las mujeres⁽⁸⁾.

Entre los trastornos de ansiedad, la ansiedad-estado es considerada un estado emocional transitorio

y la ansiedad estado-rasgo está relacionada con las características individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad⁽⁹⁾. En este contexto, las comorbilidades son comunes, y las mujeres con síntomas de ansiedad son tres veces más propensas a tener TEPT⁽¹⁰⁾, otro trastorno de ansiedad en el que la persona vuelve a vivir un acontecimiento traumático en repetidas ocasiones cuando se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan la experiencia traumática. Los trastornos mentales son comunes durante el embarazo, altamente prevalentes y, aún, subdiagnosticados. Múltiples factores de riesgo están implicados en la génesis de estos trastornos, y la VPI es un predictor común para la aparición de la ansiedad estado-rasgo, ansiedad-estado y TEPT durante el embarazo.

Es necesario, por lo tanto, desarrollar estrategias e intervenciones para impedir tanto las consecuencias evidentes de los abusos como los impactos en la salud mental de las mujeres. Sin embargo, no fueran encontrados, en la literatura científica nacional e internacional, estudios realizados en América Latina de la relación entre el trastorno de estrés posttraumático, ansiedad estado-rasgo, ansiedad-estado y la violencia en la pareja ocurrida durante el embarazo. Así, este estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre el trastorno de estrés posttraumático, ansiedad estado-rasgo, ansiedad-estado y la violencia de pareja sufrida durante el embarazo.

Método

Se trata de un estudio observacional de diseño transversal, desarrollado en el ambulatorio del Centro de Referencia de Salud de la Mujer de Ribeirão Preto – Mater (CRSMRP-MATER), en Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Ribeirão Preto es un referente regional de salud para 26 municipios que conforman el 13º Departamento Regional de Salud (DRS XIII) del Estado de São Paulo, atendiendo a una población estimada de 1.300.000 habitantes. En este contexto, CRSMRP-MATER es una referencia regional para casos ginecológicos de mediana complejidad y hace alrededor de un tercio de los partos de bajo y medio riesgo del Sistema Único de Salud (SUS) en el municipio. Además, la clínica sirve, diariamente, unos 25 nuevos casos de la atención prenatal, procedentes de diferentes regiones de Ribeirão Preto y otros sitios en el DRS XIII. El CRSMRP-MATER está integrado con el "Proyecto Nacer", creado en 1999 por la Secretaria Municipal de Salud de Ribeirão Preto, a fin de superar las dificultades de acceso a los hospitales. El proyecto estipula el prenatal como medida de prevención primaria en Ribeirão Preto y en los municipios que conforman

la DRS XIII hasta la 36ª semana de embarazo y, posteriormente, en los hospitales de la red pública hasta el final del ciclo embarazo- puerperio. Por lo tanto, las acciones que se desarrollaron en CRSMRP-MATER son: i. atención prenatal de las mujeres embarazadas, encaminadas desde la atención primaria, desde la 36ª semana de embarazo, de acuerdo con la regionalización; ii. garantía de la admisión de las mujeres embarazadas en los hospitales y el encaminamiento para otro hospital si no hay vacantes disponibles y iii. atención de las emergencias obstétricas. La referencia del hospital propició la integración entre prenatal, parto y posparto, les permitiendo a las gestantes saber dónde nacerían sus niños y como serían evaluadas por la equipo del hospital.

La población de referencia para el estudio consistió de todas las mujeres embarazadas en el tercero semestre de embarazo y que hicieron la atención prenatal en el ambulatorio de CRSMRP-MATER entre mayo de 2012 y mayo de 2013. Los criterios de inclusión fueran: las mujeres embarazadas con edades comprendidas entre 15 y 49 años y que tenían o habían tenido relaciones con una pareja íntima en el embarazo actual, independientemente de la convivencia. La muestra se obtuvo mediante un procedimiento de muestreo aleatorio sistemático, con intervalos de muestreo constantes de cuatro unidades. Sobre la base de una población finita de 1.600 embarazos en una prevalencia de 20,0% y una precisión de 4,0% para un estimado de 95,0% con seguridad, se necesitaba la muestra de 358 mujeres embarazadas para el estudio. Estimando la pérdida de 15,0% de el muestreo, el número esperado de entrevistas fue de 422. Es de destacar que las pérdidas de muestreo son resultado de la negativa de las mujeres de participar del estudio, la no asistencia de las mujeres embarazadas a las consultas y la inhabilitación para participar del estudio, factores que prorrogaron la recopilación de datos por un año.

Los datos fueron recogidos en la primera consulta prenatal de las mujeres embarazadas, a las 36 semanas de gestación, en una habitación privada disponible exclusivamente para los investigadores y sin la presencia de los compañeros. Las entrevistas tuvieron entre 15 y 20 minutos y se llevaron a cabo por cuatro entrevistadores previamente formados. En ese momento, las mujeres embarazadas elegibles por el intervalo de muestreo y los criterios de inclusión fueron invitadas a participar en el estudio después de recibir aclaraciones sobre su naturaleza y objetivos.

Para recoger los datos se utilizaron cuatro instrumentos. La caracterización sociodemográfica, comportamental y obstétrica de las participantes fue obtenida por medio de un instrumento elaborado por las investigadoras, basado en sus experiencias

previas y cotejada con la literatura científica nacional e internacional. Tres jueces expertos en el área evaluaron la versión final para someterla a la validación de contenido y de apariencia.

A través de este instrumento se investigó las siguientes variables: edad, estado civil, escolaridad formal, ocupaciones, ingreso familiar mensual, tabaquismo, consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas durante el embarazo actual, número de embarazos, la paridad, aborto (s) anterior (es), entrega (s) de parto (s) prematuro (s) previo (s), número de hijos vivos, muerte (s) fetal (es) anterior (es) y muerte (s) neonatal (es) temprana (s) anterior (es).

La prevalencia del trastorno de estrés postraumático durante el embarazo ha sido identificado a través del *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C), instrumento validado en Brasil, autoadministrable, de dominio público y con base en los criterios de diagnósticos del DSM-IV-TR para TEPT. Este instrumento no permite un diagnóstico definitivo de TEPT en la medida en que proporciona una indicación de la presencia de síntomas sugestivos de la enfermedad. Durante su aplicación, la persona debe responder a 17 ítems que miden lo mucho que ha sido molestada en los últimos meses, los problemas y las quejas relacionadas con experiencias de vida estresantes. Cada ítem tiene una escala Likert de severidad que va de uno a cinco puntos. El indicativo de TEPT se confirma cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han sometido a un evento traumático (criterio diagnóstico A para TEPT, de acuerdo con DSM-IV-TR) y presenta por lo menos uno síntoma clínicamente significativo de los criterios B (reincidencias persistentes – medido por los cinco primeros ítems), tres del C (comportamiento evitativo o entorpecimiento emocional – ítems de 6 a 12) y dos del D (hiperexcitabilidad – ítems de 13 a 17). El instrumento considera síntoma clínicamente significativo una puntuación mayor o igual a tres, en uno de los 17 ítems⁽¹¹⁾. Por lo tanto, esta herramienta identifica si una persona tiene o no indicativo de TEPT. La consistencia interna de las respuestas de los participantes del estudio al instrumento PCL-C medida por el alfa de Cronbach fue de 0,93. Para los criterios de diagnóstico medidos en el instrumento, se encontraron valores de alfa de Cronbach de 0,88; 0,85 y 0,82 respectivamente.

Se utilizó en este estudio el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) para estimar los niveles de síntomas de ansiedad-estado y la ansiedad estado-rasgo de las participantes, a través de resultados, en la medida en que no permite el diagnóstico conclusivo de ansiedad. Es una herramienta de dominio público, validado en Brasil y se compone de dos escalas que se auto-aplican (IDARE Rasgo e IDARE Estado). Cada escala

contiene 20 ítems con cuatro alternativas, cuyos valores oscilan de uno a cuatro puntos. La suma de puntos de cada pregunta tiene una puntuación de al menos 20 y un máximo de 80 en cada escala. Cuanto más alto sea el puntaje, mayor es la posibilidad de la persona tener los síntomas de ansiedad. El IDARE Estado evalúa como se siente la persona en el momento de la entrevista y la IDARE Rasgo como la persona generalmente se siente⁽¹²⁾. Las consistencias internas de las escalas de ansiedad-estado y ansiedad estado-rasgo medidas por el alfa de Cronbach fueran de 0,87 y 0,86, respectivamente.

El PCL-C e IDARE pueden ser aplicados por profesionales de la salud sin experiencia en el campo de la salud mental. En Brasil, dado el contexto de los servicios de salud, la situación es particularmente importante, porque la detección de casos probables optimizará su remisión a profesionales especializados para la realización del diagnóstico clínico.

Las cuestiones relacionadas con la violencia de pareja se adaptaron para su uso durante el embarazo, basándose en la versión brasileña del instrumento desarrollado para el estudio en varios países por la Organización Mundial de la Salud (OMS), *World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*, que aborda la VPI psicológica, física y sexual⁽¹³⁾. Se preguntó a las participantes sobre sus experiencias con actos específicos de VPI psicológica (insultos, humillación, depreciación, sustos, intimidación y amenazas); físicas (golpes, empujones, puñetazos, patadas, estrangulamiento, quema y el uso de armas de fuego o blanca) y sexual (ser forzada físicamente a tener relaciones sexuales, tener relaciones sexuales por miedo del compañero y ser forzada a una práctica sexual degradante o humillante), durante el embarazo actual. Para fines de análisis, se utilizó la variable "violencia generalizada" cuando la entrevistada sufrió cualquiera de estos tres tipos de actos violentos. Las consistencias internas de los bloques de VPI psicológicas, físicas y sexuales medidas por el alfa de Cronbach fueron de 0,69; 0,93 y 0,89, respectivamente.

El Análisis estadístico se realizó utilizando el *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versión 21.0, para Mac. En el análisis univariado las variables cualitativas se presentan como la distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas (%); y para las variables cuantitativas se calcularon los valores medios (medidas tendencia central), desviaciones estándar y valores mínimo y máximo (mediciones de variación). Para identificar la asociación entre la violencia de pareja e los indicativos de trastorno de estrés posttraumático durante el embarazo actual, se construyó un modelo de regresión logística múltiple, mediante Razón de Chance ajustada para verificar la existencia de asociaciones

entre la principal variable predictora (general VPI) y la variable de resultado (indicativa de TEPT). Se incluyeron en el modelo la principal variable predictora y las variables predictoras ajustadas y con relevancia teórica para el análisis, potenciales confundidoras: estado civil, embarazo planeado, el uso de drogas lícitas o ilícitas por los participantes de los ingresos familiares mensuales. Para identificar la relación entre la violencia de pareja y la puntuación de los síntomas de la ansiedad estado-rasgo y ansiedad-estado durante el embarazo, se construyeron dos modelos de regresión lineal múltiple, uno para el estado de ansiedad y otra para la ansiedad estado-rasgo. Se incluyeron en los modelos la principal variable predictora (general VPI) y las variables predictoras de ajuste con pertinencia teórica para el análisis de los factores confundidores potenciales: estado civil, edad, escolaridad formal y ingreso familiar mensual. Para todas las pruebas, se consideró un intervalo de confianza (IC) de 95,0% y un nivel de significación α de 5,0%.

El proyecto fue aprobado por la Comisión de Investigación CRSMRP-MATER y por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, en virtud del protocolo nº1377 / 2011. Las entrevistas se llevaron a cabo después de las entrevistadas firmaren el Termo de consentimiento libre y esclarecido (TCLE) en dos copias, una para la investigadora y otra para la entrevistada. Para las participantes menores de edad, se utilizó un Acuerdo de Consentimiento, porque su representante legal podría ser el agresor y no autorizar su participación. Al final de la entrevista, todas las entrevistadas recibieron los folletos informativos de los servicios de protección a las mujeres en situaciones de violencia en Ribeirão Preto y región. Además, se informó al médico asistente del ambulatorio y al servicio de psicología CRSMRP-MATER que 12 mujeres embarazadas solicitaron asistencia inmediata y cuando las entrevistadoras identificaron mujeres en situaciones de VPI y/o con síntomas de ansiedad y/o de TEPT.

Resultados

La exposición a la VPI durante el embarazo aumentó las posibilidades de que las mujeres que participaron del estudio presentasen indicativo de TEPT y mayores puntuaciones de los síntomas de la ansiedad-estado y ansiedad estado-rasgo.

La prevalencia de VPI durante el embarazo actual fue de 17,6% (63). Entre las mujeres embarazadas víctimas de violencia, 60 (95,2%) se encontraban en la situación de violencia psicológica, 23 (36,5%) en la situación de violencia física y una (1,6%) en la situación de violencia sexual (Tabla 1).

Entre las 358 mujeres, 61 (17,0%) presentaron indicativos de TEPT de las cuales 24 (39,3%) fueron víctimas de VPI durante el embarazo actual. La puntuación media del IDARE Rasgo fue de 39,1 (Desviación Estándar-DS=10,0) puntos y osciló entre 20 y 75. La puntuación media en la escala de ansiedad-estado fue de 42,5 (DS=9,8) puntos y osciló entre el 23 y el 75.

La edad media de las 358 pacientes fue de 25,0 años (DS=6,3) con un rango entre 15 y 43 años. La mayoría consideró a sí misma no blanca (62,3%), tenía una religión (79,3%) vivía con una pareja íntima (80,4%) y no tenía trabajo remunerado (57,3%), el ingreso

familiar mensual era de 2,6 salarios mínimos (DS=1.5). La educación formal media de las mujeres fue de 9,5 años de escolaridad (DS=2,4) y varió entre uno y 17 años. La mayoría de las mujeres no fumó (93,3%), no consumió bebidas alcohólicas (88,3%) y no usó drogas ilícitas (99,2%) durante el embarazo actual (Tabla 1).

La muestra del estudio se caracterizó por mujeres multigestas (60,1%) y nulíparas (44,2%). La mayoría de las mujeres tenía hijos vivos. La cantidad media de hijos vivos fue de 1,7 (DS=1,0), y varió entre 1 y 6. El embarazo actual no fue planeado por 62,6% de las mujeres (Tabla 1).

Tabla 1 – Prevalencia de TEPT y las puntuaciones de síntomas de ansiedad-estado y de ansiedad estado-rasgo, según variables sociodemográficas, conductuales y obstétricas de las gestantes en control prenatal en el ambulatorio CRSMRP-MATER. Ribeirão Preto, SP, Brasil, en 2013

Variables	n	%	TEPT*		Ansiedad Estado-rasgo Puntuación	Ansiedad-estado Puntuación
			n	%		
Edad (años completos)						
15-19	78	21,8	15	19,2	41,6	43,6
20-29	186	52,0	33	17,7	39,0	41,7
30-39	88	24,6	13	14,8	37,4	43,2
40-49	6	1,6	0	0,0	34,0	41,5
Color autorreferida						
No blanca	135	37,7	44	32,6	40,0	43,4
Blanca	223	62,3	17	7,6	37,8	40,9
Escolaridad formal (años de estudio)						
Uno-ocho	121	33,8	26	21,5	42,0	44,9
Nueve-11	196	54,7	33	16,8	38,2	41,1
12 o más	40	11,2	2	5,0	34,8	41,5
No sabe	1	0,3	0	0,0	41,0	46,0
Religión						
Tiene	284	79,3	52	18,3	38,8	42,3
No tiene	74	20,7	9	12,2	40,2	43,0
Estado civil						
Vive com una pareja	288	80,4	49	17,0	38,7	42,0
Tiene una pareja, pero vive sola	45	12,6	3	6,7	39,5	42,7
Tenía una pareja durante el embarazo, pero no más	25	7,0	9	36,0	42,8	47,2
Trabajo remunerado						
Sí	153	42,7	24	15,7	38,7	42,4
No	205	57,3	37	18,0	39,4	42,5
Renta familiar mensual ^f (salarios-mínimos)						
Uno o menos	44	12,3	12	27,3	41,0	43,1
Dos-tres	199	55,6	26	13,0	38,6	42,1
Cuatro o más	54	15,1	9	16,7	36,0	41,9
No sabe	61	17,0	14	22,9	41,7	43,4
Hábito de fumar						
Sí	24	6,7	2	8,3	39,4	43,4
No	334	93,3	59	17,7	39,1	42,4
Consumo de bebidas alcohólicas						
Sí	42	11,7	9	21,4	41,7	44,9
No	316	88,3	52	16,4	38,8	42,1
Uso de drogas ilícitas						
Sí	3	0,8	0	0,0	43,0	48,0
No	355	99,2	61	17,2	39,1	42,4

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variables	n	%	TEPT*		Ansiedad Estado-rasgo Puntuación	Ansiedad-estado Puntuación
			n	%		
Número de embarazos						
Primigesta	143	39,9	21	14,7	39,0	41,6
Multigesta	215	60,1	40	18,6	39,2	43,0
Paridad						
Nulípara	158	44,2	22	13,9	38,9	41,7
Primípara	110	30,7	22	20,0	39,2	43,2
Múltipara	90	25,1	17	18,9	39,5	42,9
Hijos vivos						
Sí	198	55,3	39	19,7	39,4	43,2
No	160	44,7	22	13,7	38,8	41,6
Embarazo planeado						
Sí	134	37,4	27	20,1	38,3	40,6
No	224	62,6	34	15,2	39,6	43,6
VPI [‡] durante el embarazo						
Sí	63	17,6	24	38,1	48,0	48,4
No	295	82,4	37	12,5	37,2	41,2
Total	358	100	61	-	-	-

* Trastorno de estrés postraumático; † Salario mínimo de referencia para el año 2012 fue de R\$ 622,00 y para el año 2013 de R \$ 678,00; ‡ Violencia de pareja íntima

La VPI que se produjo durante el embarazo actual se asoció con el diagnóstico indicativo de TEPT, incluso después del ajuste por posibles variables confundidoras, que se definen por la literatura científica nacional e internacional (razón de chance $_{ajustada} = 5,25$; IC $_{95,0\%}$ 2,53-10,93; $p < 0,001$). Las posibilidades de que las mujeres embarazadas en situación de VPI en el

embarazo actual presenten diagnóstico indicativo de TEPT eran 5,25 veces más alto que las de las mujeres que no fueran víctimas de sus parejas íntimas en el mismo período, incluso después de ajustar por estado civil, el uso de drogas lícitas o ilícitas durante el embarazo actual, la edad y los ingresos familiares mensuales (tabla 2).

Tabla 2 - Asociación entre la violencia de pareja que se produjo durante el embarazo actual, e indicativo de trastorno de estrés postraumático, en un modelo de regresión logística múltiple. Ribeirão Preto, SP, Brasil, en 2013

Variables	Trastorno de estrés postraumático						p [†]
	Sí		No		Razón de Chance [*] bruta (IC $_{95,0\%}$)	Razón de Chance [*] ajustada (IC $_{95,0\%}$)	
	n	%	n	%			
Violencia de pareja íntima							
Sí	24	38,1	39	61,9	4,29 (2,3-7,9)	5,25 (2,5-10,9)	<0,001
No	37	12,5	258	87,5			
Estado civil							
Vive con una pareja	49	17,0	239	83,0	0,99 (0,5-1,9)	1,02 (0,4-2,4)	0,97
No vive con una pareja	12	17,1	58	82,9			
Uso de drogas							
Sí	10	16,9	49	83,1	0,99 (0,5-2,1)	0,55 (0,2-1,5)	0,25
No	51	17,1	248	82,9			
Edad da la gestante	-	-	-	-	-	0,98 (0,9-1,0)	0,39
Renta familiar [‡]	-	-	-	-	-	0,92 (0,7-1,2)	0,49

* Razón de chances de prevalencia; † Valor de p para o teste qui-quadrado de Wald; ‡ Salario mínimo de referencia para el año 2012 fue de R \$ 622,00 y para el año 2013 de R \$ 678,00

Después de ajustar las posibles variables confundidoras, previamente reconocidas en la literatura científica nacional e internacional, tales como el estado civil, la edad, la educación formal y el ingreso familiar mensual, las mujeres en situación

de VPI, en el actual embarazo, tenían mayores puntuaciones de los síntomas de la ansiedad estado-rasgo ($\beta = 0,38$; $p < 0,001$) y la ansiedad-estado ($\beta = 0,25$; $p < 0,001$) que las que no sufren este tipo de violencia (Tabla 3).

Tabla 3 - Relación entre la violencia infligida por la pareja que se produjo durante el embarazo actual, y puntuaciones de los síntomas de la ansiedad estado-rasgo y ansiedad-estado en múltiples modelos de regresión lineal. Ribeirão Preto, SP, Brasil, en 2013

Variables	Puntuación de síntomas de ansiedad estado-rasgo y ansiedad-estado no IDARE*	
	Beta	p†
	IDARE-Rasgo	
Violencia de pareja íntima (sí=1; no=0)	0,38	<0,001
Estado civil (vive con pareja=1; no vive=0)	-0,01	0,83
Edad	-0,14	0,01
Escolaridad	-0,18	0,001
Renta familiar mensual‡	-0,01	0,86
IDARE-Estado		
Violencia de pareja íntima (sí=1; no=0)	0,25	<0,001
Estado civil(vive com parceiro=1; não vive com parceiro=0)	-0,06	0,26
Edad	-0,01	0,84
Escolaridad	-0,18	0,003
Renta familiar mensual‡	0,05	0,39

* Inventario de ansiedad estado-rasgo

† Valor de p para el teste t de Student

‡ Salario mínimo de referencia para el año 2012 fue de R \$ 622,00 y para el año 2013 de R \$ 678,00

Al mismo tiempo, en este modelo, además de la VPI, las variables edad ($p=0,01$) y la escolaridad formal ($p=0,001$) son puntuaciones estadísticamente significativas de los síntomas de la ansiedad estado-rasgo. Por lo tanto, cuanto mayor es la edad ($Beta=-0,14$) y la educación ($Beta=-0,18$), menor es la puntuación de los síntomas de la ansiedad estado-rasgo. Del mismo modo, en relación con la puntuación de los síntomas de ansiedad-estado, aparte de la VPI en general, la escolarización también se caracterizó como un predictor estadísticamente significativo ($p=0,003$). Por lo tanto, cuanto mayor sea la educación de las mujeres embarazadas menor es la puntuación de los síntomas de ansiedad-estado ($Beta=-0,18$) (Tabla 3).

Discusión

Los resultados de este estudio indican que la violencia en la pareja, que se produjo durante el embarazo, es un predictor significativo e independiente de indicativos de trastorno de estrés posttraumático en mujeres embarazadas. Este resultado es consistente con los datos de una investigación realizada en los Estados Unidos⁽¹⁴⁾, donde las mujeres embarazadas con indicación de TEPT informaron haber sido víctimas de VPI física o psicológica durante el embarazo. Se hizo aparente también que la violencia perpetrada por la pareja íntima es el predictor independiente más evidente de los síntomas de la ansiedad estado-rasgo y ansiedad-estado durante el embarazo, lo que corrobora los resultados de una investigación realizada en Bangladesh en la que las mujeres embarazadas en situación de VPI, durante el embarazo actual, tuvieron puntuaciones más

altas en los síntomas de ansiedad estado-rasgo⁽⁶⁾. Los autores de los estudios llevados a cabo en países como Sudáfrica⁽¹⁵⁾ y Portugal⁽¹⁶⁾ reportaron que la VPI durante el embarazo se ha identificado como un factor de riesgo independiente asociado a la aparición de síntomas de ansiedad generalizada en mujeres embarazadas.

De acuerdo con las conclusiones de que la educación también se configura como un factor predictivo de las puntuaciones de las participantes en el IDARE Estado y IDARE Rasgo, y de que la edad se caracteriza por ser un factor de riesgo para la génesis de los síntomas de ansiedad estado-rasgo se hace necesario enfocar los factores de riesgo sociales, tales como la edad y la educación, para la prevención de la ansiedad. Estos dos factores asociados con la VPI pueden hacer las mujeres menos capaces de hacer frente a las nuevas condiciones impuestas por el embarazo, lo que aumenta su predisposición a la aparición de síntomas de ansiedad⁽¹⁷⁾.

La prevalencia observada de violencia de pareja íntima durante el embarazo es de 17,6% y es similar a las descritas en las investigaciones hechas en otros países de América Latina y otros lugares en Brasil (de 8,0 a 43,0%)^(4,18-19). Las cifras que se encuentran en la literatura y en este estudio sugieren que la VPI durante el embarazo es más común que algunas patologías maternas reconocidas y seguidas durante la atención prenatal como preeclampsia y diabetes gestacional⁽³⁾.

Dada la complejidad de la VPI, de sujas repercusiones negativas en la salud mental de las mujeres durante el embarazo y el hecho de que este tipo de violencia se asocia con factores de riesgo y protección clínicamente identificables, acciones de combate a la VPI deben ser incorporadas por profesionales de la

salud a los cuidados proporcionados rutinariamente a las mujeres durante el período prenatal, con el fin de mantener la salud y el bienestar biopsicosocial del binomio madre / hijo. Existe la necesidad de identificar los factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de aparición de este problema con miras a la prevención primaria. Por lo tanto, debido a que es un problema arraigado en la mayoría de las culturas, la VPI tiene origen multifactorial, está determinada por factores individuales, familiares, comunitarios y socioculturales, tales como: malas condiciones socioeconómicas, bajo nivel educativo, vivir con el cónyuge en los países donde el divorcio es un derecho, experiencia de abuso en la infancia, la presencia de la violencia en la familia o entre los padres, la edad temprana en la primera relación sexual, el empoderamiento económico de las mujeres, el abuso del alcohol, la multiparidad, entre otros⁽²⁰⁻²¹⁾.

Desde la década de 1980, la atención dada a abordar la violencia contra las mujeres en Brasil aumentó. En 1985, el final del Decenio de la Mujer, declarado por las Naciones Unidas (ONU), abrió la primera de Policía Especializada en Asistencia a las Mujeres (DEAM) y creó el Consejo Nacional de Derechos de la Mujer (CNDM). Al año siguiente, se creó la primera casa-refugio del país destinada a mujeres en situación de riesgo y de violencia. En 1998, el Ministerio de Salud propuso una Norma Técnica para la prevención y el tratamiento de lesiones resultantes de la violencia sexual, que garantiza el cuidado de las víctimas en los servicios de salud, con el fin de prevenir las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados⁽¹⁾.

De 1985 a 2002, las políticas públicas para combatir la violencia contra las mujeres en Brasil se centró en acciones aisladas de la seguridad pública y la asistencia social, con énfasis en DEAM (Policía Especializada en Asistencia a las Mujeres) y en las casas-refugios. Desde 2003, estas políticas se han ampliado e integrado acciones tales como: mejora de la legislación, la creación de protocolos de tratamiento, empuje a la formación de redes de servicios, el apoyo a la elaboración de proyectos educativos y culturales para la prevención de la violencia y aumento del acceso a la justicia y a la seguridad pública. De este modo, en 2003, se promulgó la Ley 10.778 / 03 que establece la notificación obligatoria de los casos de violencia contra la mujer y sirve en los servicios de salud públicos o privados. En 2006, se promulgó la Ley Maria da Penha (Ley 11.340 / 06), y se creó mecanismos para frenar la violencia doméstica y familiar contra la mujer, en conformidad con el artículo 226 § 8 de la Constitución Federal, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de

las Naciones Unidas (1981) y la Convención de Belém do Pará. En la actualidad, la Política Nacional de Combate a la Violencia contra la Mujer se guía en la adopción de estrategias integrales e intersectoriales para prevenir y combatir la violencia, para asistir y garantizar los derechos de las mujeres, lo que se consolida a través de acuerdos entre los gobiernos federal, estatal y local, reafirmando el Pacto Nacional para Combatir la Violencia contra la Mujer⁽¹⁾.

No obstante, incluso con la propuesta para desarrollar actividades educativas y culturales para promover el empoderamiento de las mujeres y combatir la desigualdad de género, llevando esta comprensión a los espacios sociales donde se construye y se legitiman las desigualdades⁽²¹⁾, las líneas de acciones definidas en las políticas, planes y pactos nacionales de combate a la violencia contra las mujeres enfatizan las estrategias para la prevención secundaria y terciaria, centrándose en el tratamiento y apoyo a las víctimas⁽¹⁾.

Por otra parte, delante de una realidad en que la mayor parte de los recursos humanos y financieros destinados a un abordaje inmediata y / o a largo plazo de las consecuencias de la violencia, el problema todavía pasa desapercibido y silencioso por los servicios de salud, a menudo por razones personales de las víctimas y / o la falta de preparación de los profesionales⁽²¹⁾. Se hace necesario, por lo tanto, la construcción de una nueva mirada sobre el proceso de salud/enfermedad, considerando los contextos sociales, económicos, culturales y emocionales, así como el establecimiento de nuevas bases para la relación entre los distintos individuos implicados en la producción de salud.

Los impasses que resultan de esta forma tradicional de "la producción de la salud" son nodo crítico y un desafío para superar esta situación, así como la formación de recursos humanos en salud, porque el perfil entrenador de estos profesionales todavía se guía en la lógica de la atención fragmentada, vertical, individual y curativa⁽²²⁾. Los profesionales de enfermería deben estar capacitados para un enfoque interpersonal que involucra los aspectos éticos y humanísticos que subyacen a la asistencia específica a las víctimas de la violencia, y que se centra en el fortalecimiento y empoderamiento de las mujeres, no sólo en el alivio para el dolor y el tratamiento de los síntomas y enfermedades resultantes de los abusos sufridos. Tras la identificación, los profesionales deben estar comprometidos con el registro correcto de la ocurrencia, con el trabajo en equipo y con la comunicación a la red intersectorial existente, garantizando la protección de los derechos legales, humanos, sexuales, reproductivos y los principios de no-judicio y del respeto a las decisiones de las mujeres con

énfasis en la comunicación y en proyectos asistenciales negociados y contruidos de manera colaborativa. Por lo tanto, es urgente la transformación de valores éticos relacionados con conformaciones sociales de género, los cuales deben ser incorporados por profesionales de la salud por su asistencia en servicios cotidianos⁽²³⁾.

El embarazo es un período en el que la mujer está en contacto frecuente con los profesionales de la salud y por lo tanto más propensa a revelar su situación de violencia y sus síntomas psiquiátricos. Los profesionales, en especial de la enfermería, deben prestar atención, en su evaluación global, a la aparición de síntomas indicativos de trastornos mentales en este período de la vida de las mujeres, así como a los factores de riesgo relevantes, tales como la violencia de pareja íntima, lo que puede efectuarse por la adopción de instrumentos tales como los utilizados en este estudio. Por otra parte, deben adoptar estrategias y mecanismos de referencia para las mujeres con indicativos de VPI para evaluarlas y darles el apoyo adecuado⁽⁶⁾. La detección de casos de maltrato durante el embarazo contribuye a la exteriorización de los sentimientos de las mujeres y por lo tanto asegura el escape de su aislamiento emocional y social⁽²⁴⁾.

Este es el primer estudio que revela que la violencia infligida contra la gestante por el compañero es el principal factor asociado con los síntomas de la ansiedad estado-rasgo y ansiedad-estado, así como indicativos de trastorno de estrés postraumático entre las mujeres brasileñas y Latino Americanas⁽²⁵⁾.

Además, la observación de que la VPI, que se produjo en el embarazo, prevaleció sobre los otros factores de riesgo para la ansiedad estado-rasgo, ansiedad-estado y la indicación del trastorno de estrés postraumático son reconocidos en la literatura científica nacional e internacional y sugiriendo que las intervenciones dirigidas a estos predictores pueden no ser tan eficaces para la prevención de los efectos adversos sobre la salud mental de las mujeres. Por lo tanto, se espera que los resultados obtenidos puedan llenar lagunas en este ámbito y avanzar en las fronteras del conocimiento hacia la sensibilización y concienciación de los responsables políticos y profesionales de la salud en cuanto a la gravedad del problema y cómo afecta a la salud de las mujeres.

Limitaciones del estudio

Cabe mencionar algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, hemos utilizado instrumentos de detección de síntomas de los trastornos mentales investigados y las entrevistas de diagnóstico realizadas

por los profesionales, lo que puede haber sobrestimado la prevalencia indicativa de trastorno de estrés postraumático y síntomas indicativos de ansiedad estado-rasgo y ansiedad-estado. En segundo lugar, los datos se refieren a la población de las gestantes de bajo riesgo y usuarias del Sistema Único de Salud (SUS) y por lo tanto pueden diferir y limitar la generalización para otras poblaciones. En tercer lugar, a pesar del esmero por los entrevistadores a fin de crear vínculos con las participantes, la prevalencia de la violencia puede haber sido subestimado debido a la vergüenza o el miedo de las mujeres embarazadas de revelar esta información. Sin embargo, fue utilizado un instrumento reconocido internacionalmente mediante un enfoque libre de juicios de valor con respecto a la violencia. En cuarto lugar, la prevalencia de la VPI también puede haber sido subestimada, ya que la entrevista se realizó a las 36 semanas de embarazo y es posible que la madre pueda haber sido víctima de violencia, no detectada por el estudio, hasta el final del embarazo.

Conclusión

Los profesionales de enfermería que participan en la atención de maternidad deben tener como uno de sus objetivos detectar la VPI y deben incorporar a sus prácticas estrategias para la construcción de la confianza y de bonos con las gestantes, les proporcionando oportunidades de aprendizaje y acceso a la asistencia social, institucional e intersectorial. La creación, aplicación y seguimiento de los planes de acción multisectoriales para luchar contra la violencia perpetrada por los compañeros de las mujeres embarazadas impulsará el desarrollo, implementación y evaluación de programas destinados a la prevención primaria de este tipo de violencia, así como el conocimiento de los sistemas jurídicos y judiciales relativos a las necesidades de las mujeres víctimas de la violencia. Este enfoque contribuirá a la promoción de la igualdad de género y de los derechos humanos de las mujeres y, en consecuencia, permitirá la identificación de los trastornos mentales durante el embarazo.

Referencias

1. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Presidência da República; 2011.
2. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and

- directions for future research. *Aggress Violent Behav.* 2010 Jan- Feb;15(1):14-35.
3. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters.* 2010 Nov;18(36):158-70.
 4. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Jan;124(1):6-11.
 5. Ellis KK, Chang C, Bhandari S, Ball K, Geden E, Everett KD, et al. Rural mothers experiencing the stress of intimate partner violence or not: their newborn health concerns. *J Midwifery Womens Health.* 2008 Nov-Dec;53(6):556-62.
 6. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health.* 2011 Jun;11:22.
 7. Onoye JM, Shafer LA, Goebert DA, Morland LA, Matsu CR, Hamagami F. Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16:453-63.
 8. Gourounti K, Lykeridou K, Taskou C, Kafetsios K, Sandall J. A survey of worries of pregnant women: Reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale. *Midwifery.* 2012;28(6):746-53.
 9. Cattell RB, Scheier IH. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York (NY): Ronald Press; 1961.
 10. Cook CAL, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors, and treatment. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103(4):710-7.
 11. Passos RBF, Figueira I, Mendlowicz MV, Moraes CL, Coutinho ESF. Exploratory factors analysis of the Brazilian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: civilian version (PCL-C). *Rev Bras Psiquiatr.* 2012 Jun;34(2):155-61.
 12. Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro (RJ): Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA; 1979.
 13. Schraiber LB, Latorre MRDO, França I Jr, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW STUDY instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(4):658-66.
 14. Huth-Bocks AC, Krause K, Ahlfs-Dunn S, Gallagher E, Scott S. Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychiatr.* 2013;41(2):277-301.
 15. Groves AK, Kagee A, Maman S, Moodley D, Rouse P. Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. *J Interpers Violence.* 2012 May;27(7):1341-56.
 16. Almeida CP, Cunha FF, Pires EP, Sá E. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013 Apr;20(5):419-25.
 17. Bödecs T, Szilágyi E, Cholnoky P, Sándor J, Gonda X, Rihmer Z, et al. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatr Danub.* 2013 Dec;25(4):352-8.
 18. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010 Sep;376(9744):903-10.
 19. Santos AG, Nery IS, Rodrigues DC, Sousa A. Violence against pregnant women in special police departments for assistance to women in Teresina-PI. *Rev Rene.* 2010 dez;11(num.esp):109-16.
 20. d'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública.* 2009 Apr;43(2):299-311.
 21. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. The violence of gender and health-disease process of women. *Esc Anna Nery.* 2009 Jul-Sep;13(3):625-31.
 22. Salcedo-Barrientos DM, Miura PO, Macedo VD, Egry EY. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(3):448-53.
 23. d'Oliveira AF, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009 Jul;14(4):1037-50.
 24. Crempien RC, Rojas G, Cumsille P, Oda MC. Domestic violence during pregnancy and mental health: exploratory study in primary health centers in Peñalolén. *ISRN Obstet Gynecol.* 2011.
 25. Fonseca-Machado MO, Alves LC, Freitas PS, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(2):291-305.

Recibido: 15.9.2014

Aceptado: 22.3.2015