

INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER EMBARAZADA

Autora: Andrea Fernández Rodríguez
Tutora: María Leonor Varela Lema
Co-tutora: Julia Rey Brandariz
Trabajo de Fin de Grado junio 2022
Universidad de Santiago de Compostela



FACULTADE DE ENFERMARÍA

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Grado en Enfermería

El Proyecto de Fin de Grado titulado: Influencia de la violencia de pareja en la salud mental de la mujer embarazada, fue realizado por la abajo firmante.

Santiago de Compostela, 11 de junio de 2022.

La alumna, Andrea Fernández Rodríguez

Fdo.:

Vº Bº

La tutora

VARELA
LEMA MARIA
LEONOR

Vº Bº

La cotutora

REY
BRANDARIZ
JULIA -

ÍNDICE

Resumen.....	5
Resumo	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Justificación	9
Objetivos.....	10
General.....	10
Secundarios.....	10
Metodología.....	10
Diseño del estudio	10
Búsqueda bibliográfica	11
Selección de estudios.....	12
Resultados.....	13
Resultados de la búsqueda.....	13
Características de los estudios	13
Resultados de los estudios	15
Discusión	22
Conclusiones.....	24
Bibliografía	26
Anexos	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pregunta PECOS.	11
Tabla 2. Artículos incluidos en estas revisiones y las características de cada muestra.....	18
Tabla 3. Principales resultados de los estudios incluidos en esta revisión.....	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de selección de estudios.	13
---	----

Resumen

La violencia de género es la forma más extrema de desigualdad hacia las mujeres, presente en todas las etapas de la vida, y manifestada tanto como violencia física, psicológica y sexual. Durante el embarazo la situación no es distinta, con el agravante de ser una etapa especialmente vulnerable en la vida de las mujeres. **Objetivos:** el objetivo principal de este trabajo es investigar la relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y la aparición de trastornos de salud mental en las mujeres embarazadas. Se pretende también establecer cuáles son los principales tipos de trastornos que sufren las mujeres y la prevalencia de la violencia de género durante el período gestacional. **Diseño:** revisión sistemática. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Google Académico, así como de fuentes gubernamentales, en diciembre de 2021. Los estudios fueron seleccionados atendiendo a unos criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** en todos los estudios la violencia del hombre hacia la mujer embarazada aumenta la probabilidad de sufrir trastornos de salud mental en las mujeres. El rango de odds ratios varió entre los diferentes estudios desde un 1,96 hasta un 28,50. La depresión es la enfermedad de salud mental que más se repite a causa de dicha violencia. **Conclusiones:** la violencia de género actúa como factor de riesgo ante la aparición de trastornos de salud mental en las mujeres embarazadas independientemente de su país de origen, siendo este un problema de salud a nivel mundial del cual los y las profesionales sanitarias deben estar preparadas y concienciadas para abordarlo y prevenirlo. **Palabras clave:** violencia de pareja; violencia de género; mujeres embarazadas; período gestacional; salud mental; depresión.

Resumo

A violencia de xénero é a forma máis extrema de desigualdade cara ás mulleres, presente en todas as etapas da vida, e manifestada tanto como violencia física, psicolóxica e sexual. Durante o embarazo a situación non é distinta, co agravante de ser unha etapa especialmente vulnerable na vida das mulleres. **Obxectivos:** o obxectivo principal deste traballo é investigar a relación entre a violencia de parella cara á muller e a aparición de trastornos de saúde mental nas mulleres embarazadas. Preténdese tamén establecer cales son os principais tipos de trastornos que sofren as

mulleres e a prevalencia da violencia de xénero que sofren durante o período xestacional. **Deseño:** revisión sistemática. Levouse a cabo unha revisión bibliográfica nas bases de datos PubMed e Google Académico, así como de fontes gobernamentais, en decembro de 2021. Os estudos foron seleccionados atendendo a uns criterios de inclusión e exclusión. **Resultados:** en todos os estudos a violencia do home cara á muller embarazada aumenta a probabilidade das mulleres de sufrir trastornos de saúde mental. O rango de odds cocientes variou entre os diferentes estudos desde un 1,96 ata un 28,50. A depresión é a enfermidade de saúde mental que máis se repite por mor da devandita violencia. **Conclusións:** a violencia de xénero actúa como factor de risco ante a aparición de trastornos de saúde mental nas mulleres embarazadas independentemente do seu país de orixe, sendo leste un problema de saúde a nivel mundial do cal os e as profesionais sanitarias deben estar preparadas e concienciadas para abordalo e previlo.

Palabras chave: violencia de parella; violencia de xénero; mulleres embarazadas; período xestacional; saúde mental; depresión.

Abstract

Gender violence is the most extreme form of inequality towards women. It is present at all stages of life, and manifested as physical, psychological and sexual violence. During pregnancy the situation is no different, with the aggravating circumstance of being in a particularly vulnerable stage in women's lives. **Objectives:** the main objective of this review is to investigate the relationship between intimate partner violence against women and the emergence of mental health disorders in pregnant women. It is also intended to establish what the main types of disorders suffered by women are, and the prevalence of gender violence suffered during the gestational period. **Design:** systematic review. A bibliographic review was carried out in databases such as PubMed and Google Scholar, as well as government sources, in December 2021. The studies were selected according to inclusion and exclusion criteria. **Results:** in all the studies reviewed, violence by men towards pregnant women has shown to increase the probability of women suffering from mental health disorders. The range of odds ratios varied between the different studies from 1,96 to 28,50. Depression is the most common mental health illness due to this kind of violence. **Conclusions:** gender violence acts as a risk factor for the development of mental health disorders

in pregnant women regardless of their country of origin, entailing a global health problem for which health professionals must be prepared and aware of this approach and prevention.

Key words: intimate partner violence; gender violence; pregnant women; gestational period; mental health; depression.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como “El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.” Existen distintos tipos de violencia a partir de esta definición inicial. Para esta revisión nos interesa diferenciar tres en concreto: la violencia familiar, violencia de género y violencia en la pareja. Como violencia familiar se entiende los malos tratos o agresiones por parte de un miembro de la familia hacia los miembros más débiles (mujeres, niños y niñas, ancianos y ancianas). La violencia de género se define como la violencia específica, tanto física, psicológica y/o sexual, que sufren las mujeres por parte de los hombres lo que conlleva una situación de discriminación, abuso de poder y desigualdad. Por último, la violencia en la pareja es definida como las agresiones que sufre normalmente la mujer por parte de su pareja (normalmente varón) como acto de sometimiento y control, a través de actos violentos y situaciones de dominio. El término violencia de género es habitualmente igualado en la literatura al término violencia doméstica (1).

Según la OMS, en el mundo una de cada tres mujeres sufren violencia física y/o sexual por parte de sus parejas, y una de cada cuatro mujeres entre las edades de 15 a 45 años sufrieron violencia física y/o sexual al menos una vez en sus vidas (2). En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2020, 8.279 mujeres reportaron violencia doméstica, y 29.215 violencia de género. Las víctimas de violencia doméstica en España aumentaron un 8,2% respecto al año anterior (3). A nivel Galicia, en el año 2020, 6.078 mujeres presentaron una denuncia por violencia de género, y se solicitaron 2.009 órdenes de alejamiento en los juzgados de Violencia Sobre la Mujer (4).

Los factores asociados a este tipo de violencia definidos por la OMS son: bajo nivel educativo, haber sufrido maltrato infantil, presenciar escenas de violencia familiar en el pasado,

consumo perjudicial de alcohol, comportamientos dañinos por parte del hombre, falta de ingresos por parte de la mujer, bajo nivel de igualdad de género a nivel gubernamental (2). Según un estudio sobre la asociación entre violencia de pareja y sus factores de riesgo, llevado a cabo en Ciudad de México con una muestra de 524 mujeres, la probabilidad de sufrir violencia por parte de su pareja en la edad adulta aumenta en un 26% en aquellas mujeres que reportan experiencias de violencia en la infancia, un 32% en las que reportan que sus parejas consumen alcohol frecuentemente y un 53% en las que sus parejas consumen alcohol ocasionalmente. Además, la percepción arraigada a los estereotipos de género tradicionalmente impuestos por la sociedad aumenta en un 60% la probabilidad de sufrir violencia por parte de sus parejas (5).

En el embarazo esta situación se agrava debido al estado de vulnerabilidad que vive la mujer. La mitad de los casos de violencia de pareja hacia la mujer comienzan en el primer año de matrimonio, y muchos de ellos con el primer embarazo (6). En un estudio español del año 2004, realizado en la Virgen del Rocío a través del servicio de urgencias, se encuestaron a 300 mujeres, de las cuales un 13,5% afirmaron haber sufrido malos tratos durante el embarazo, y un 6,8% en el embarazo actual (7).

En el embarazo, la violencia supone una importante disminución de la salud física de la futura madre, pero sobre todo de la salud psicológica, además de las consecuencias que pueden posteriormente recaer sobre el feto o el recién nacido, como bajo peso al nacer, parto prematuro, que nazca pequeño para la edad gestacional o muerte perinatal (8). Según un estudio multipaís de la OMS, a nivel mundial, las mujeres que sufren violencia de pareja tienen mayor incidencia de problemas de salud mental e ideas o intentos suicidas que las que no sufren dicha violencia (9). En este trabajo se analizan los resultados de estudios de diferentes países con el objetivo de definir la asociación entre la violencia de pareja hacia la mujer y los problemas de salud mental resultantes de dicha violencia en las mujeres embarazadas.

Justificación

La violencia hacia las mujeres continúa siendo un problema a tratar en todo el mundo. En nuestro país, miles de mujeres al año reportan violencia por parte de sus parejas, y cada año el número de víctimas aumenta (3). Esta violencia se expresa de manera física y psicológica, teniendo esta última cada vez una mayor incidencia, y siendo la causante del desarrollo de enfermedades de salud mental (9). Como ya comentamos anteriormente, en muchos casos estas situaciones de violencia comienzan en el embarazo (6), dándose una situación especialmente vulnerable hacia la futura madre, que debe comenzar a tenerse más en cuenta y prevenirse desde todos los ámbitos de la sociedad.

Si bien la formación de todas y todos los profesionales es esencial para la prevención y detección de casos de violencia de género, destacaremos el papel de la enfermería. Estudios demuestran que las mujeres que sufren este tipo de violencia suelen hablar más sobre el tema en una consulta de enfermería que en una de medicina, principalmente por la diferencia de géneros entre enfermería y medicina, siendo enfermería más frecuentada por mujeres, lo que hace que muestren mayor empatía ante la situación y que la mujer se sienta más cómoda. Entre las mujeres que sufren violencia doméstica solo un 7,3% auto reportan dicha violencia, en comparación con el 29,3% que lo revelan en consultas de enfermería (10). Dentro de la enfermería podemos destacar el papel de las matronas como profesionales idóneas para la detección y prevención de la violencia hacia las mujeres. Las matronas atienden y acompañan a mujeres a lo largo de sus vidas, interviniendo en aspectos de gran importancia como su salud reproductiva o durante el período gestacional, quedando como referentes para esas mujeres siempre que lo necesiten. Dentro del apartado de sexualidad que abordan las matronas para completar el historial clínico de las mujeres se encuentra preguntarles sobre sus relaciones en pareja, momento perfecto para detectar víctimas o mujeres en riesgo de serlo (11).

Objetivos

General

1. Determinar la relación entre la violencia de género en la pareja y la aparición de problemas de salud mental en la mujer embarazada

Secundarios

1. Establecer los principales problemas de salud mental que sufren las mujeres embarazadas a causa de la violencia de género
2. Determinar la prevalencia de mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas durante el embarazo
3. Definir las diferencias en la prevalencia de mujeres que sufren violencia por parte de la pareja según el país de origen de las mujeres

Metodología

Diseño del estudio

Este estudio se basa en una revisión bibliográfica que pretende dar respuesta a la pregunta de investigación PECOS (Población, Exposición, Comparador, Resultados y Diseño) detallada en la Tabla 1.

Tabla 1. Pregunta PECOS.

PECOS

Descripción	Alcance
Población	Mujeres en período gestacional Se considerarán a efectos del estudio el tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.
Exposición	Mujeres embarazadas que sufren violencia de género. Como violencia de género se entiende cualquier acto violento o agresión de un hombre hacia una mujer que tiene como consecuencias un daño físico, sexual y/o psicológico. (Xunta de Galicia - secretaría de igualdad de xénero)
Comparación	Se incluyen estudios comparados y no comparados. En los comparados, el comparador serían las mujeres embarazadas que no sufren violencia de género.
Resultados	Riesgo de asociación entre la violencia de pareja durante el embarazo y la aparición de enfermedades de salud mental. Prevalencia de distintas enfermedades mentales. Edad media de aparición. Factores de riesgo relacionados.
Diseño de estudios	Revisiones sistemáticas, estudios transversales, de cohortes, casos y controles

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda se realizó en diciembre de 2021 en la base de datos biomédicas PubMed y en Google académico.

La estrategia de búsqueda realizada en PubMed fue la siguiente:

("domestic violence"[MeSH Terms]) AND (("gender"[Title/Abstract] OR "peer"[Title/Abstract] OR "partner"[Title/Abstract] OR "dating"[Title/Abstract] OR "family"[Title/Abstract] OR "domestic"[Title/Abstract]) AND ("violence"[Title/Abstract] OR "harassment"[Title/Abstract] OR "abuse"[Title/Abstract] OR "victimization"[Title/Abstract])) AND ("pregnant"[Title/Abstract] OR "pregnancy"[Title/Abstract] OR "gestating"[Title/Abstract] OR "gestational*"[Title/Abstract] OR "maternal"[Title/Abstract] OR postnatal [Title/Abstract] OR perinatal [Title/abstract] OR neonatal [Title/Abstract]) AND ("mental health"[Title/Abstract] OR "mental disorders" [Title/Abstract] OR "anxiety"[Title/Abstract] OR "depression"[Title/Abstract])

- Se revisaron también fuentes gubernamentales: Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto Galego de Estadística (IGE) y Ministerio de Igualdad y las citas bibliográficas de artículos incluidos.

Selección de estudios

En primer lugar, se realizó un cribado inicial de los artículos leyendo el título y resumen de los mismos. Después, se leyeron a texto completo los seleccionados, quedándonos con aquellos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión descritos.

Criterios de inclusión:

- Estudios que cumplan con la pregunta PECOS
- Artículos que fueron publicados desde 2012 hasta la actualidad

Criterios de exclusión:

- Estudios sobre otros tipos de violencia o maltrato, incluyendo violencia infantil
- Estudios sobre violencia fuera del periodo gestacional
- Artículos que sean en lenguas distintas al español o el inglés
- Documentos como cartas al director, actas de congreso o artículos de opinión

Extracción y síntesis de la información

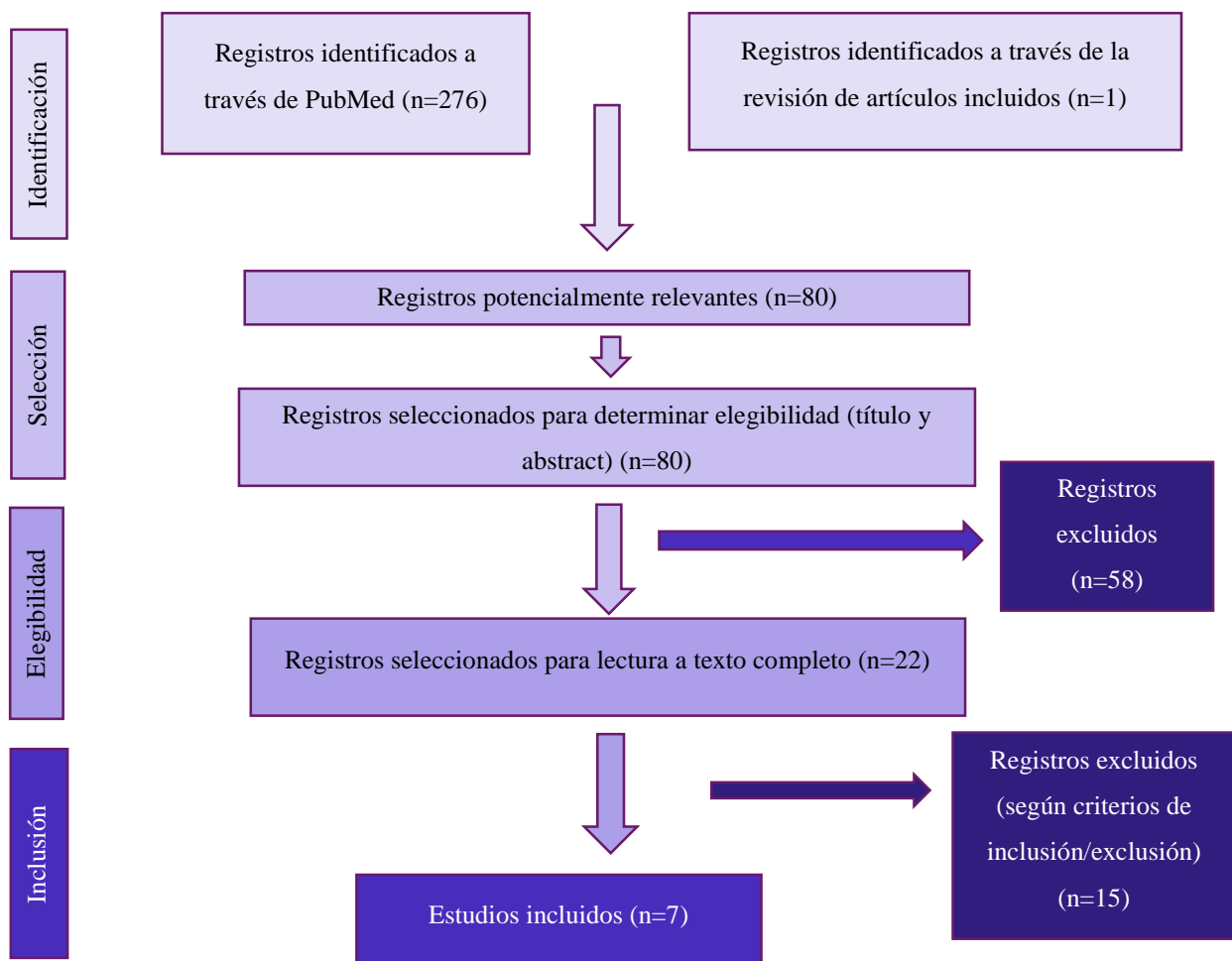
Los datos de los artículos fueron extraídos en dos tablas elaboradas ad hoc. Se extrajo la siguiente información: autor, año, lugar del estudio, tipo de estudio, período del estudio, número de mujeres embarazadas incluidas en el estudio (N), raza, edad media, nivel educativo, estado civil y empleo/ingresos, problemas de salud mental a estudio, porcentaje de mujeres del estudio que sufren dicho problema de salud mental, porcentaje de mujeres del estudio que sufren violencia de pareja y relación entre los problemas de salud mental y dicha violencia hacia la mujer.

Resultados

Resultados de la búsqueda

La búsqueda bibliográfica recuperó 465 resultados. Se aplicó un filtro para restringirlos entre los publicados en el 2012 hasta la actualidad, quedándonos así con 276 artículos. De los 276, se seleccionaron 80 potencialmente relevantes, y, tras la lectura de título y resumen, fueron 22 los estudios seleccionados para leer a texto completo. Tras la lectura, se seleccionaron siete estudios a través de los criterios de inclusión y exclusión. El diagrama de flujo de la selección de estudios se detalla en la Figura 1.

Figura 1. Flujograma de los estudios incluidos.



Características de los estudios

En la Tabla 2 se presentan los artículos incluidos en esta revisión y las características de cada muestra. Se puede observar que se incluyen siete estudios, de los cuales seis son transversales (12) (13) (14) (15) (16) (17) y uno de cohortes (18). Los estudios proceden de diferentes países, incluyendo Portugal (13), Bangladesh (14), China (18), Ethiopia (15), República Islámica de Irán (16) y los dos restantes en Estados Unidos, uno en Georgia (12) y otro en la región del Atlántico Medio (17). Todos los estudios fueron publicados entre los años 2012 y 2020, publicándose dos en 2012, otros dos en 2015, uno en 2019 y los dos últimos en 2020.

En los siete estudios se incluyen mujeres de distintas etnias y razas, recogiendo mujeres bengalís, portuguesas, iraníes, etíopes y chinas, habiendo un estudio que incluye múltiples razas (afroamericanas, hispanas, blancas, asiáticas, indias americanas/nativas de Alaska, nativas de Hawai, multiracial) (12). La media de edad de estas mujeres oscila entre 23,3 años y 30,78 años.

De los estudios incluidos, seis de ellos recogen el nivel educativo de las mujeres como variable a estudio.

En el estudio de Tran et al más de un 10% son analfabetas (14), en la mayoría de los estudios las mujeres cursaron con educación secundaria, siendo el estudio en el que menos porcentaje de mujeres terminó secundaria el de Tran et al (14), con un porcentaje de un 15%, y en el que más mujeres completaron la educación secundaria es el de Gharacheh et al (16), donde el 79% terminaron secundaria. El único estudio donde se especifica el porcentaje de mujeres que tiene una licenciatura universitaria es en el de Holden et al (12), donde el 3,1% son licenciadas.

Otra característica que recoge tres (12) (13) (14) de los siete estudios es el estado civil de las mujeres. Los tres estudios indican el porcentaje de mujeres que están casadas, este porcentaje varía desde el 11% (12) hasta el 66,67% (14). De estos tres estudios, dos (12) (13) de ellos también especifican el porcentaje de mujeres solteras y separadas o divorciadas. El porcentaje de mujeres solteras en la muestra de Holden (12) et al es del 83% y en la de Almeida et al son el 18,8% (13). En cuanto a mujeres separadas o divorciadas, en el estudio de Almeida et al son un porcentaje del 6,9% (13), mientras que en el de Holden et al un 1,7% están divorciadas y un 2% separadas (12).

Resultados de los estudios

En la tabla 3 se recogen los principales resultados de los estudios incluidos en esta revisión.

Los problemas de salud mental que se describen en los artículos de esta revisión incluyen la depresión, siendo este el más estudiado, la ideación suicida, la valoración de la salud mental integral y uno de ellos informa sobre los trastornos mentales comunes definidos en el cuestionario de Inventario Breve de Síntomas, cuyas subescalas son: somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoica, psicotismo e índice de gravedad global.

Depresión

Cuatro estudios evaluaron la depresión como enfermedad asociada a la violencia de pareja en el embarazo.

Holden et al pasaron el cuestionario Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) durante el embarazo (prueba previa) y después del embarazo (prueba posterior) a una muestra de 602 mujeres. La EDPS consiste en una serie de preguntas relacionadas con sintomatología depresiva a las que se asignan puntuaciones, una puntuación mayor de 10 indica posible trastorno depresivo (19). En la prueba previa, el 30,4% (266) de las mujeres obtuvieron puntuaciones de 10 o más en la escala EDPS, y un 24,4% (47) en la prueba posterior. Utilizaron la herramienta de detección de abuso de mujeres (WAST) para determinar las mujeres que sufrían violencia por parte de sus parejas, obteniendo que el 6% de las mujeres del estudio la sufren. Realizaron un análisis de correlación de Pearson entre las dos variables concluyendo una relación positiva entre la violencia de pareja y la depresión, siendo $r=26$ ($p<0.001$) durante el embarazo, y $r=25$ ($p<0.001$) después del embarazo (12).

Almeida et al incluyeron una muestra de 184 mujeres en su estudio, de las cuales 77 manifestaron no sufrir maltrato frente a las 107 que reportaron haber sido maltratadas, donde el 59% de ellas sufrieron agresiones psicológicas, el 15,8% agresiones físicas, el 24,8% coacción sexual y el 2,1% heridas, algunas de ellas sufrieron varios tipos de agresiones. El 58,2% de las mujeres sufrieron maltrato moderado y severo tanto físico como psicológico. La depresión leve apareció en el 18,9% de las mujeres maltratadas y en el 9,2% de las no maltratadas, la depresión moderada y severa solo apareció en las mujeres maltratadas, un 6,6% la moderada y un 1,9% la severa. El 72,6% de las mujeres abusadas no estaban deprimidas, contra el 90,7% de las no abusadas ($p=0.001$) (13).

En el estudio de Hou et al se recogió una muestra de 813 mujeres, donde un 11,09% (90) expresaron haber sufrido violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses, siendo esta violencia física en el 4,55% de los casos, psicológica en el 9,23% y sexual en el 2,34%. Utilizaron la EDPS para evaluar la depresión. Obtuvieron como resultado que las mujeres embarazadas que sufren experiencias de violencia por parte de sus parejas tienen 3,78 más probabilidad de tener síntomas de depresión (OR= 3,78; IC del 95%: 1,39-10,26) (18).

Belay et al obtuvieron que, entre las 589 mujeres de su muestra, el 14,6% sufrieron violencia emocional, el 9,5% sexual y el 9,2% violencia física. Algunas de las mujeres sufrieron varios tipos de violencia al mismo tiempo. El 21,2% (125 mujeres) experimentaron algún tipo de violencia. La prevalencia de síntomas depresivos entre las participantes, con puntuación mayor de 13 en la EPDS, fue de 6,8% (IC 95%: 6,2-11,3). De las 86 mujeres que sufrieron abuso emocional, 26 sufrían depresión (32,2%), entre las 54 que reportaron violencia física, 22 (40,7%) estaban deprimidas, y entre las 56 que sufrieron violencia sexual, 22 (39,3%) estaban deprimidas. Las mujeres expuestas a violencia de pareja tenían una mayor probabilidad de depresión que las que no estaban expuestas a dicha violencia (OR: 28,5; ORA: 17,6) (15).

Ideas suicidas

El estudio de Alhusen et al relaciona la violencia de pareja con la aparición de ideas suicidas en las mujeres embarazadas. En la muestra de 166 mujeres, el 41% de las mujeres sacaron puntuaciones mayores de 12 en la escala de depresión postparto de Edimburgo, y casi el 20% informaron haber sufrido violencia por parte de sus parejas el embarazo. En general, el 22,89% (38) de las participantes reportó haber tenido ideas suicidas, el 86% (33) de ellas informó tener pensamientos de ideación suicida “a veces” en la última semana, y el 14% (5) dijeron tener dichos pensamientos “a menudo”. En esta muestra 1 de cada 4 mostraron ideación suicida en la última semana. Como resultado de la relación entre la ideación suicida y la violencia de pareja en las mujeres embarazadas, se concluyó que la violencia hacia la mujer supone un factor de riesgo para la ideación suicida, OR= 9,37 (3,41-25,77) (17).

Síntomas mentales

El estudio realizado por Tran et al relaciona la violencia de pareja con la aparición de trastornos mentales comunes. La muestra de este estudio incluye 2000 madres, a las que se les pasaron encuestas personales con preguntas adaptadas del estudio multipais sobre la salud de la

mujer y la violencia doméstica de la OMS para evaluar la violencia por parte de la pareja. Los trastornos mentales comunes se evaluaron mediante el cuestionario autoinformado SRQ-20, que se utiliza como método de evaluación de la sintomatología psiquiátrica.

En general, el 28% de las madres experimentaron violencia por parte de sus parejas en los últimos 12 meses, y el 28% altos niveles de sintomatología asociada con trastornos mentales comunes. El 58% de las mujeres reportaron haber sufrido violencia emocional, el 49,3% violencia física, el 30,3% violencia sexual, más del 70% reportaron al menos algún tipo de violencia, y 1/5 los tres tipos. En cuanto a los trastornos mentales comunes, el 27,95% tenían sintomatología asociada, de las cuales el 50% sufría dolores de cabeza, el 47% falta de apetito, el 42% falta de sueño, y el 32% dificultades para realizar las actividades de la vida diaria.

Los resultados de este estudio concluyeron que las mujeres que sufren abusos o comportamientos controladores tenían más probabilidades de sufrir trastornos mentales comunes que las que no los sufrían. Todos los tipos de violencia de pareja se asocian significativamente a la aparición de síntomas relacionados con los trastornos mentales comunes (OR=1,96; IC del 95%: 1,36-2,8). Las probabilidades de que aparecieran dichos síntomas eran mayores cuando las mujeres experimentaban los tres tipos de violencia (OR=2,31; IC del 95%: 1,32-4,02) (14).

Por otro lado, en el estudio de Gharacheh et al, se estudia la relación entre la violencia por parte de la pareja y la calidad de vida relacionada con la salud. La calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario Short Form-36, un cuestionario de 36 preguntas sobre los estados de salud, formado por ocho escalas, donde una de ellas trata la evaluación del estado de salud mental integral (20). Entre las 328 mujeres de la muestra, 44,5% (146) informaron haber sufrido violencia por parte de la pareja durante su embarazo. Entre las mujeres maltratadas, el 88,4% sufrieron violencia emocional, el 84,9% violencia sexual y el 26% violencia física. El 67% de las mujeres maltratadas sufrieron un tipo de violencia, mientras que el 16,4% dos tipos y el 15,8% los tres tipos de violencia. Los resultados de las subescalas del cuestionario Short Form-36, indican que las mujeres que sufrieron abuso tienen puntuaciones más bajas que las que no lo sufrieron, y las diferencias en todas las subescalas fueron estadísticamente significativas excepto en la de “actividad corporal” y la de “funcionamiento físico”. Las mujeres que sufrieron los tres tipos de violencia tenían mayor deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud. En cuanto a la salud mental integral, las mujeres que sufrieron abuso obtuvieron puntuaciones menores que las que no lo sufrieron, con un nivel de significancia de $p < 0,007$ (16).

Tabla 2. Principales características de los estudios incluidos en esta revisión.

Autor, año y lugar	Tipo de estudio	Período de estudio	N	Etnia	Edad Media	Nivel educativo	Estado civil	Empleo/ingresos
Kisha B. Holden et al, Augusta-richmond, Georgia, 2012 (12)	Transversal	2005 – 2009	602	Afroamericanas (428), hispanas (109), blancas (48), asiáticas (6), indias americanas/nativas de Alaska (4), nativas de Hawai (2), multiracial (1)	24 años	37% (n=222) completaron educación secundaria, 3.1% (n=18) completaron educación universitaria	83% solteras, 11% casadas, 1.7% divorciadas, 2% separadas	67% desempleadas, 88% con ingresos entre 0 y 10.830 \$/año
C.P. Almeida et al, Portugal 2012 (13)	Transversal	2008 – 2010	184	Portuguesas	29 años	---	18.8% solteras, 49.5% casadas, 15,3% viven en pareja, 6,98% separadas-divorciadas	---
Lan Mai Tran et al, Bangladesh 2020 (14)	Transversal	2015	2000	Bengalís	24 años	Más del 10% analfabetas, 15% educación secundaria o superior, 47% nivel educacional superior al marido	2/3 casadas	13-53% bajos niveles de propiedad

Fengsu Hou et al, Hunan, China 2020 (18)	Cohortes	2016-2017	813	Chinas	30,78 años +/- 4.39	67,65% tienen licenciatura/superior	---	48,59% ingresos mensuales entre \$298,51 y \$745,90
Sewhareg Belay et al, Wondo-Genet, Ethiopia 2019 (15)	Transversal	2017	589	Etíopes	25 años	24,6% sin educación, 49,2% educación primaria, 26,1% educación secundaria y superior	---	46,3% tienen menos de 1500 birres/mensuales 1 birr etíope = 0,018 euros
Maryam Gharacheh et al, Gachsaran, República Islámica de Irán 2015 (16)	Transversal	2012	328	Iranís	25 años	79% nivel de educación secundaria	---	---
Jeanne L. Alhusen et al, región del Atlántico Medio, 2015 (17)	Transversal	2009-2010	166	Etnias recogidas en la región del Atlántico Medio	23.3 años +/- 5.4	66% (2/3) nivel de educación secundaria	---	46% ingresan <10.000 \$/año

Tabla 3. Principales resultados de los estudios incluidos en esta revisión.

Autor	Problema de salud mental a estudio	Mujeres que sufren dicho problema de salud mental	Mujeres que sufren violencia de pareja íntima	Relación entre los problemas de salud mental y la violencia de pareja
<p>Kisha B. Holden et al, Augusta-richmond, Georgia, 2012 (12)</p>	<p>Depresión medida a través de la Escala de depresión postparto de Edimburgo evaluada mediante entrevistas privadas individuales.</p>	<p>30.4% durante embarazo 24.4% después del embarazo</p>	<p>6%</p>	<p>Durante embarazo: $r=26$ $p<0.01$ Después del embarazo: $r=25$ $p<0.01$</p>
<p>C.P. Almeida et al, Portugal 2012 (13)</p>	<p>Trastornos mentales comunes descritos por el Inventario Breve de Síntomas (BSI). La depresión también se estudió por separado a través del Inventario de Evaluación Clínica de la Depresión (IACLIDE). Ambos evaluados mediante cuestionarios auto informados.</p>	<p>Depresión: 27,4% entre las mujeres maltratadas y 9,3% entre las no maltratadas</p>	<p>58.2%</p>	<p><u>Depresión moderada y severa:</u> solo en las mujeres abusadas, 6.6% y 1.9% respectivamente. <u>Depresión leve:</u> 18.9% entre abusadas y 9.2% entre no abusadas</p>
<p>Lan Mai Tran et al, Bangladesh 2020 (14)</p>	<p>Trastornos mentales comunes descritos por el Cuestionario de auto informe de 20 ítems (SRQ-20) evaluados mediante entrevistas privadas individuales</p>	<p>27.95%</p>	<p>49.7%</p>	<p>OR 1.96; IC del 95%: 1.36, 2.80</p>

Fengsu Hou et al, Hunan, China 2020 (18)	Síntomas de depresión perinatal medidos a través de la escala de Edimburgo (EPDS) evaluados a través de una encuesta auto administrada.	---	11.07%	OR: 3.78; IC del 95%: 1.39, 10.26
Sewhareg Belay et al, Wondo-Genet, Etiopía 2019 (15)	Depresión perinatal medida a través de la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) evaluado a través de un cuestionario estructurado.	6.8%	21.2%	OR: 28.50 ORA: 17.60
Maryam Gharacheh et al, Gachsaran, República Islámica de Irán 2015 (16)	Salud mental integral enmarcada en el cuestionario Short Form-36 (SF-36) evaluado a través de un cuestionario autoinformado.	---	44.5%	Puntuaciones medias de salud mental integral: Sufren abuso: 55.71 No sufren abuso: 61.83 Nivel de significancia p=0.007
Jeanne L. Alhusen et al, región del Atlántico Medio, 2015 (17)	Síntomas de depresión perinatal e ideas suicidas medidos a través de la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) evaluada mediante entrevistas privadas individuales	41% con síntomas depresivos 22.89% con ideación suicida	20%	Relación entre ideas suicidas y violencia de pareja íntima: OR: 9.37% (3.41-25.75)

Discusión

Los estudios de esta revisión ponen de manifiesto la asociación entre la violencia de pareja y la aparición o empeoramiento de enfermedades mentales de las mujeres embarazadas por culpa de dicha violencia. Dichos estudios concuerdan en que las agresiones por parte de sus parejas actúan como factor de riesgo, principalmente ante la aparición de síntomas de depresión, también aumentando el riesgo de ideación suicida. El estudio que mayor relación entre la violencia hacia la mujer y la disminución de su salud mental indica que esta violencia aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades mentales 28,5 veces (15), y el estudio en el que menos se incrementaba esta probabilidad aumenta 1,96 veces (14).

Entre los siete estudios revisados, en tres de ellos (13) (14) (16) aproximadamente la mitad de las mujeres incluidas sufrieron violencia durante el embarazo, y en otros dos (15) (17), más del 20% de las mujeres sufrieron violencia estando embarazadas. Esto supone que en la mayoría de los estudios entre dos y cinco mujeres de cada diez experimentaron algún tipo de violencia por parte de sus parejas durante el período gestacional. En España, según un estudio llevado a cabo en Andalucía, el 22,7% de las mujeres embarazadas, casi tres de cada diez, reportan sufrir violencia periembarazo (7).

En lo referente al nivel socioeconómico, los estudios muestran que la mayoría de las mujeres tienen un bajo nivel, lo mismo ocurre con el nivel educativo, siendo este mayor en China, donde el 67,65% de las mujeres tienen licenciatura o superior. El nivel educativo se ha relacionado en muchos otros estudios con violencia de género, en el estudio de Sala y Valero se expone que las mujeres que no tienen un título universitario tienen menos capacidad de reconocer las conductas asociadas a los malos tratos, también presentan mayor tolerancia y justificación al empleo de la violencia en relación a la pareja, así como de la violencia tanto física como psicológica. Las mujeres de este estudio que no tienen título universitario, tienen más probabilidades de sufrir violencia de género que las que sí tienen estudios (21). Por otro lado, en estudios como el de P. Damonti se asocia la exclusión social como factor de riesgo para la violencia de género, llegando a aumentar, en situaciones más extremas, hasta 5,6 el riesgo de sufrir dicha violencia (22). El bajo nivel socioeconómico también actúa como factor de riesgo para la depresión de las mujeres embarazadas, en el estudio de J. Urdaneta et al se expone que las mujeres con menor nivel socioeconómico tiene puntuaciones más altas en la EPDS (23).

En esta revisión se muestra que independientemente de la región del mundo donde cogen la muestra, la violencia por parte de la pareja supone un factor de riesgo para la disminución de la salud mental de las mujeres embarazadas, siendo este un problema que afecta a nivel mundial. A nivel global, el 22% de las mujeres que tuvieron relaciones sentimentales con hombres reportan haber vivido situaciones de violencia de género, y el 46% indican haber sufrido maltrato psicológico (24). En cuanto los estudios incluidos, estos muestran una gran variabilidad en relación a la prevalencia de violencia por parte de la pareja a nivel de los distintos países. En el estudio realizado en Portugal (13) el 58,2% sufrieron violencia de pareja, frente a un 6% de mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas en Georgia, EEUU (12). Estas diferencias entre los dos estudios podrían explicarse por el porcentaje de mujeres casadas en cada uno, entre las mujeres del estudio llevado a cabo en Georgia solo un 11% estaban casadas, mientras que en el de Portugal casi la mitad lo estaban (49,5%), en el estudio de Fernández Alonso et al (6) se expone que el 50% de los casos de violencia de pareja o doméstica se desarrollan por primera vez durante el primer año de matrimonio. En el estudio de Bermúdez et al (24) se recoge que los países con tasas más altas de prevalencia de violencia de género son África y Oceanía. No obstante, necesitaríamos más estudios para poder extraer conclusiones al respecto dado que la actual revisión no fue diseñada para este propósito.

La depresión es el trastorno más común en las mujeres incluidas en los estudios revisados, variando entre el 6,8% (15) y el 30,4% (12). La violencia degrada la integridad de la mujer, suponiendo una disminución de su autoestima, integridad personal, apareciendo sentimientos de incertidumbre y desesperanza, y anulando su autonomía como persona. Todas estas consecuencias conllevan principalmente al desarrollo de la depresión. En muchos casos, estos cuadros depresivos se terminan relacionando con la aparición de ideas suicidas (25). El riesgo de suicidio de mujeres embarazadas que sufrieron violencia aumentó en 9 veces con respecto a las que no lo sufrieron (17).

La actual revisión presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, cabe mencionar que, con la excepción de un estudio, todos los estudios son transversales. Entre los problemas de los estudios transversales se encuentran la falta de secuencia temporal lo que impide hacer inferencias de causalidad, puede haber un sesgo de no respuesta que cause una subestimación o sobre estimación en la prevalencia, al ser datos recogidos en un momento del tiempo concreto podría haber variaciones si se examina esa misma muestra en otro momento distinto, también puede existir un sesgo de “no memoria” donde haya personas que no recuerden ciertos datos con

seguridad (26). En segundo lugar, comentar que la valoración de la violencia y los problemas de salud mental es subjetiva en la mayoría de los estudios. Estos emplean escalas diferentes para evaluar el acoso y la depresión, y no se descarta que ello pueda contribuir a la posible diferencia de resultados.

Es esperable que la violencia de género observada en los distintos estudios podría estar infra diagnosticada. Entre los factores que llevan al infra diagnóstico de dicha violencia están: la falta de formación específica por parte de los y las profesionales sanitarias, el poco conocimiento de los recursos sociales actuales, el miedo a molestar u ofender a la paciente, impotencia o frustración si no se resuelve, vivencias previas del propio personal, temor a la respuesta del agresor, y falta de tiempo. A estos factores también hay que sumarle las barreras que se ponen las propias mujeres para dar a conocer su situación (27).

La violencia de género durante el embarazo es un tema específico y esencial a tratar desde los y las profesionales sanitarias, tanto a la hora de la prevención como la detección. Destacando la figura de la matrona como persona de referencia hacia las mujeres, ya que las acompaña durante todo el período gestacional, incluso desde antes, y es un período de tiempo lo suficientemente largo como para hacer una intervención hacia la problemática de la violencia de género, para así prevenir los problemas que esta conlleva, entre ellos los problemas de salud mental (11).

Conclusiones

Los resultados de los estudios muestran que la violencia en el embarazo es un factor de riesgo en el desarrollo de problemas de salud mental de las mujeres embarazadas en los distintos países donde se desarrollan los estudios. La mayoría de las mujeres de dichos estudios tienen un nivel educacional máximo de secundaria, excepto las mujeres chinas, las cuales la mayoría tienen una licenciatura.

Todos los estudios, independientemente de la muestra o país, llegan a la misma conclusión, que la violencia hacia la mujer actúa como factor de riesgo para la aparición de problemas de salud mental.

La prevalencia de las mujeres a sufrir violencia por parte de sus parejas en el período gestacional podemos situarla entre el 20% y el 50% aproximadamente, lo que supone que entre dos y cinco mujeres de cada diez sufren violencia de género periembarazo.

Entre los estudios podemos destacar como problema principal la aparición de depresión a causa de dicha violencia. También se relaciona con la aparición de ideas suicidas y la disminución de la salud mental en general.

Desde los sistemas sanitarios debemos tener profesionales formados y formadas en la detección, abordaje y prevención tanto de la violencia hacia la mujer como de la sintomatología psiquiátrica, dejando caer estas competencias sobre el papel de la matrona, por ser esta la que está en contacto directo con las mujeres, sobre todo con las mujeres embarazadas.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad - Profesionales - PREVENCIÓN - Violencia de Género - VIOLENCIA [Internet]. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/PrevencionViolencia/ViolenciaGenero.htm>
2. Violencia contra la mujer [Internet]. [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. INEbase / Sociedad / Seguridad y justicia / Estadística de violencia doméstica y violencia de género / Últimos datos [Internet]. INE. [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206#:~:text=El%20n%C3%BAmero%20de%20mujeres%20v%C3%ADctimas,creci%C3%B3%20un%208%2C2%25
4. IGE - Violencia doméstica e de xénero [Internet]. [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.ige.gal/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=gl&codigo=0205005&num_pag=4
5. Jaen Cortés CI, Rivera Aragón S, Amorin de Castro EF, Rivera Rivera L, Jaen Cortés CI, Rivera Aragón S, et al. Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. Acta de investigación psicológica. 2015;5(3):224-39.
6. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. Aten Primaria. 31 de octubre de 2003;32(7):425-33.
7. Velasco Juez MC. Violencia de la pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía [Internet]. Universidad de Granada; 2016 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/40120>
8. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. J Womens Health (Larchmt). 1 de enero de 2015;24(1):100-6.
9. Organizaci??n Mundial de la Salud. Estudio multipa??s de la OMS sobre salud de la mujer y violencia dom??stica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del infrme. Ginebra, Suiza: Organizaci??n Mundial de la Salud; 2005.
10. Ben Natan M, Ben Ari G, Bader T, Hallak M. Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective. International Nursing Review. 2012;59(1):108-14.
11. FAME | Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/>

12. Holden KB, McKenzie R, Pruitt V, Aaron K, Hall S. Depressive Symptoms, Substance Abuse, and Intimate Partner Violence among Pregnant Women of Diverse Ethnicities. *J Health Care Poor Underserved*. febrero de 2012;23(1):226-41.
13. Almeida CP, Cunha FF, Pires EP, Sá E. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;20(5):419-25.
14. Tran LM, Nguyen PH, Naved RT, Menon P. Intimate partner violence is associated with poorer maternal mental health and breastfeeding practices in Bangladesh. *Health Policy Plan*. 9 de noviembre de 2020;35(Suppl 1):i19-29.
15. Belay S, Astatkie A, Emmelin M, Hinderaker SG. Intimate partner violence and maternal depression during pregnancy: A community-based cross-sectional study in Ethiopia. *PLoS One*. 31 de julio de 2019;14(7):e0220003.
16. Gharacheh M, Azadi S, Mohammadi N, Montazeri S, Khalajinia Z. Domestic Violence during Pregnancy and Women's Health-Related Quality of Life. *Glob J Health Sci*. febrero de 2016;8(2):27-34.
17. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. agosto de 2015;18(4):573-8.
18. Hou F, Zhang X, Cerulli C, He W, Mo Y, Gong W. The impact of intimate partner violence on the trajectory of perinatal depression: a cohort study in a Chinese sample. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2 de junio de 2020;29:e133.
19. Ascalema | Resultados de la búsqueda escala de depresión postnatal de Edimburgo [Internet]. [citado 29 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ascalema.es/?s=escala+de+depresi%C3%B3n+postnatal+de+Edimburgo>
20. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*. abril de 2005;19(2):135-50.
21. Sala FG, Valero BM. Percepción sobre la violencia de género según el nivel educativo y el género. *INFORMACIO PSICOLOGICA*. 25 de noviembre de 2014;(108):68-81.
22. Damonti PS. Exclusión social como factor de riesgo de violencia de género en la pareja. Social exclusion as a risk factor for gender-based intimate partner violence [Internet]. 2019 [citado 25 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/36433>
23. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2011;76(2):102-12.
24. Bermúdez MP, Meléndez-Domínguez M, Bermúdez MP, Meléndez-Domínguez M. Análisis epidemiológico de la violencia de género en la Unión Europea. *Anales de Psicología*. diciembre de 2020;36(3):380-5.

25. Machado AV. Relación Entre Violencia Y Depresión En Mujeres. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2007;70(1-4):88-95.
26. Álvarez-Hernández G, Delgado-DelaMora J. Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. :9.
27. Protocolo común para a actuación sanitaria ante a violencia de xénero [Internet]. [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://igualdade.xunta.gal/es/node/465>
28. Maltrato a la Mujer en el Período Perinatal [Internet]. [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://womanabuse.webcanvas.ca/tools.html>
29. Beusenbergh M, Orley JH, Health WHOD of M. A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ [Internet]. World Health Organization; 1994 [citado 30 de mayo de 2022]. Report No.: WHO/MNH/PSF/94.8. Unpublished. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61113>
30. GEER [Sociedad para el Estudio de las Enfermedades del Raquis] [Internet]. [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.geeraquis.org/>

Anexos

Anexo 1: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Ptje: Fecha

Edad Madre
Edad Niño(a)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

(1) *He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:*

tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada

(2) *He disfrutado mirar hacia delante:*

tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada

(3) *Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente:*

sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca

(4) *He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:*

no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia

(5) *He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:*

sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca

(6) *Las cosas me han estado abrumando:*

sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

(7) *Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:*

sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca

(8) *Me he sentido triste o desgraciada:*

sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca

(9) *Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:*

sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca

(10) *Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:*

sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca

Evaluación: 0 lo más malo, 3 lo más bueno. Punto de corte: Sobre 11 puntos sugiere depresión postparto.

Esta escala está válida para después de los 2 meses postparto.

Fuente: Asociación de Matronas de Castilla y León (19)

Anexo 2: Woman Abused Screening Tool (WAST)

WOMAN ABUSE SCREENING TOOL¹ (WAST)

1. In general, how would you describe your relationship?
 - a lot of tension
 - some tension
 - no tension
2. Do you and your partner work out arguments with:
 - great difficulty
 - some difficulty
 - no difficulty
3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself?
 - often
 - sometimes
 - never
4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing?
 - often
 - sometimes
 - never
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?
 - often
 - sometimes
 - never
6. Has your partner ever abused you physically?
 - often
 - sometimes
 - never
7. Has your partner ever abused you emotionally?
 - often
 - sometimes
 - never
8. Has your partner ever abused you sexually?
 - often
 - sometimes
 - never

Source: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49, 896-903.

Fuente: Iniciativa “Woman Abuse in the Perinatal Period” (28)

Anexo 3: “Self Reporting Questionarie”

SRQ-20

A copy of the English version of the Self Reporting Questionnaire-20 is shown below.

- | | | |
|-----|--|--------|
| 1. | Do you often have headaches? | yes/no |
| 2. | Is your appetite poor? | yes/no |
| 3. | Do you sleep badly? | yes/no |
| 4. | Are you easily frightened? | yes/no |
| 5. | Do your hands shake? | yes/no |
| 6. | Do you feel nervous, tense or worried? | yes/no |
| 7. | Is your digestion poor? | yes/no |
| 8. | Do you have trouble thinking clearly? | yes/no |
| 9. | Do you feel unhappy? | yes/no |
| 10. | Do you cry more than usual? | yes/no |
| 11. | Do you find it difficult to enjoy your daily activities? | yes/no |
| 12. | Do you find it difficult to make decisions? | yes/no |
| 13. | Is your daily work suffering? | yes/no |
| 14. | Are you unable to play a useful part in life? | yes/no |
| 15. | Have you lost interest in things? | yes/no |
| 16. | Do you feel that you are a worthless person? | yes/no |
| 17. | Has the thought of ending your life been on your mind? | yes/no |
| 18. | Do you feel tired all the time? | yes/no |
| 19. | Do you have uncomfortable feelings in your stomach? | yes/no |
| 20. | Are you easily tired? | yes/no |

Fuente: Organización Mundial de la Salud (29)

Anexo 4: Cuestionario “Short Form-36”



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Marque una sola respuesta

- 1) En general, usted diría que su salud es:
 - a. Excelente
 - b. Muy buena
 - c. Buena
 - d. Regular
 - e. Mala

- 2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - a. Mucho mejor ahora que hace un año
 - b. Algo mejor ahora que hace un año
 - c. Más o menos igual que hace un año
 - d. Algo peor ahora que hace un año
 - e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

- 3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

- 4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

- 5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

- 6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

- 7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

- 8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

- 9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

- 10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- Si, me limita mucho
 - Si, me limita un poco
 - No, no me limita nada
- 11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- Si, me limita mucho
 - Si, me limita un poco
 - No, no me limita nada
- 12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- Si, me limita mucho
 - Si, me limita un poco
 - No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

- 13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
- Si
 - No
- 14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- Si
 - No
- 15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Si
 - No
- 16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- Si
 - No
- 17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Si
 - No
- 18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Si
 - No
- 19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Si
 - No
- 20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho

- 21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- No, ninguno
 - Sí, muy poco
 - Sí, un poco
 - Sí, moderado
 - Sí, mucho
 - Sí, muchísimo

- 22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

- 23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

- 24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

- 25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

- 26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

- 27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

- 28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
- 29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
- 30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
- 31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
- 32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

- 33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
- Totalmente cierta
 - Bastante cierta
 - No lo sé
 - Bastante falsa
 - Totalmente falsa
- 34) Estoy tan sano como cualquiera
- Totalmente cierta
 - Bastante cierta
 - No lo sé
 - Bastante falsa
 - Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

Fuente: Sociedad Española de la Columna Vertebral (30)