



ORIGINALES

Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal

Sintomas depressivos em gestantes e violência por parceiro íntimo: um estudo transversal

Depressive symptoms in pregnant women and intimate partner violence: a cross-sectional study

Leilson da Silva Lima¹
Tainá Orrara Amaral do Carmo¹
Custódio de Souza Brito Neto¹
José Luis da Cunha Pena¹

¹ Universidad Federal do Amapá. Macapá. Brasil. leilsonsilva9@hotmail.com

<https://doi.org/10.6018/eglobal.408841>

Recibido: 5/01/2020

Aceptado: 22/03/2020

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la presencia de síntomas depresivos en gestantes y su asociación con la violencia de pareja.

Métodos: Este es un estudio piloto transversal de una muestra de 65 gestantes que recibieron atención prenatal en la Unidad Básica de Salud de la Universidad Federal de Amapá entre septiembre y octubre de 2018. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario socioeconómico, demográfico y obstétrico; la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, y el Estudio Multipaís sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica.

Resultados: El 41,5% de las gestantes tienen síntomas depresivos, en el análisis de regresión logística, estos síntomas tienen una asociación significativa con mujeres que sufren algún tipo de violencia de pareja (OR = 6,74; IC 95% 2,0 – 21,7; p = 0,001) Además, estar empleada, ser soltera, tener bajo nivel de escolaridad, bajos ingresos familiares y embarazo no deseado influyeron significativamente en los síntomas depresivos durante el embarazo.

Conclusiones: Hubo un alto porcentaje de síntomas depresivos durante el embarazo y estos se relacionan con la violencia de pareja.

Palabras clave: Síntomas depresivos; Violencia de pareja; Gestación; Salud mental.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a presença de sintomas depressivos em gestantes e sua associação com a violência sofrida pelo parceiro.

Métodos: Trata-se de um estudo piloto transversal a partir de uma amostra de 65 gestantes que realizaram acompanhamento de pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá nos meses de setembro e outubro de 2018. Para coleta foi usado um questionário

socioeconômico, demográfico e obstétrico; a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo; e o Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica.

Resultados: 41,5% das gestantes apresentaram sintomas depressivos, na análise de regressão logística esses sintomas mostraram ter associação significativa em mulheres que sofreram algum tipo de violência pelo parceiro íntimo (OR = 6,74; IC95% 2,0 - 21,7; p=0,001), além disso, estar empregada, ser solteira, ter baixa escolaridade, baixa renda familiar e gravidez indesejada foram significativamente influenciadores para os sintomas depressivos durante a gestação.

Conclusões: Houve alta porcentagem de sintomas depressivos durante a gestação e esses estiveram relacionados com a violência por parceiro íntimo.

Palavras-chave: Sintomas Depressivos; Violência por Parceiro Íntimo; Gestação; Saúde Mental.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the presence of depressive symptoms in pregnant women and their association with intimate partner violence.

Methods: This is a cross-sectional pilot study conducted with a sample of 65 pregnant women who performed prenatal care at the Basic Health Unit of the Federal University of Amapá in September and October 2018. For data collection, a socioeconomic, demographic and obstetric questionnaire was used, apart from the Edinburgh Postpartum Depression Scale, and the Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence.

Results: 41.5% of the pregnant women had depressive symptoms; in the logistic regression analysis, these symptoms have a significant association in women who suffer some type of intimate partner violence (OR = 6.74; 95% CI: 2.0 - 21.7; p = 0.001). In addition, being employed, being single, having low schooling, low family income, and unwanted pregnancies were affected by depressive symptoms during pregnancy.

Conclusions: There was a high percentage of depressive symptoms during pregnancy and these were related to intimate partner violence.

Keywords: Depressive Symptoms; Intimate Partner Violence; Pregnancy; Mental Health.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un evento considerado biológicamente natural, sin embargo, es un período de importante vulnerabilidad emocional en el que se experimentan sentimientos ambivalentes. Es una etapa de transición que implica la necesidad de reestructuración y reajuste en varias dimensiones, principalmente con respecto al cambio de identidad y una nueva definición de roles⁽¹⁾.

Un estudio realizado por la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) reveló que más del 25% de las madres en Brasil están afectadas por la depresión posparto (DPP), y se entiende que la presencia de depresión iniciada desde el embarazo es uno de los factores de riesgo para ella⁽²⁾. Con base en suposiciones, la presente investigación se enfoca en la identificación de síntomas depresivos durante el embarazo, conociendo las posibles implicaciones para el período posparto y, además, para verificar si la violencia de pareja (VP) puede estar asociada en este contexto.

La violencia puede ser de múltiple naturaleza, ya sea física, sexual; psicológica; relacionada con privación, abandono u otros factores⁽³⁾. En nuestro estudio, analizamos exclusivamente la proporción de violencia psicológica, física y sexual que sufren las gestantes por parte de sus parejas, asociando las posibles consecuencias en el contexto de su salud mental, específicamente los síntomas de la depresión. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostró que la prevalencia de la violencia de pareja en el embarazo puede variar del 1 al 28% entre países⁽⁴⁾. En este estudio en Brasil, el 8% de las mujeres de la ciudad de São Paulo y el 11% de las de

la zona rural de Pernambuco informaron haber sufrido algún tipo de violencia durante el embarazo.

Es importante destacar que la mejora y el mantenimiento y la salud materno infantil son algunos de los objetivos definidos por el Ministerio de Salud y, para ello, la atención prenatal y puerperal es esencial, cuya responsabilidad es el Sistema Público de Salud (Sistema Único de Saúde, SUS) ⁽⁵⁾. La atención prenatal de calidad es capaz de disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil⁽⁶⁾, enfatizando así la importancia de la Atención Primaria de Salud (APS) en la identificación, monitoreo y resolución de problemas que afectan el embarazo, como la depresión y la violencia por parte de la pareja.

Sin embargo, un estudio realizado en Brasil muestra que el 15% de las entrevistadas recibió atención prenatal adecuada, considerándose todas las acciones recomendadas⁽⁷⁾.

La elección del tema se basó en la necesidad de conocer los riesgos potenciales para una futura DPP relacionada con VP que ocurre durante el embarazo, así como para servir como evidencia a fin de alertar a los profesionales de la salud a ser más sensibles en la detección del problema, incluso durante el embarazo y con el objetivo de buscar soluciones para evitar posibles consecuencias, ya que el daño puede ser muy perjudicial para la salud de la madre y del bebé. En vista de la importancia relevante del tema con respecto a la salud pública, es imperativo estudiar la realidad de los problemas antes mencionados, ya que es pertinente en el contexto científico, social y en la asistencia brindada por el equipo, principalmente por la enfermería.

Al investigar la literatura científica, se observa que varios estudios han investigado la depresión y sus implicaciones en el período del posparto, sin embargo, todavía hay pocos estudios que aborden la depresión en el período gestacional y, además, se verifica una asociación con la relación de la mujer embarazada y su pareja. Luego, surgió la hipótesis de nuestro estudio de que los síntomas depresivos pueden estar asociados con la violencia de pareja en gestantes monitoreadas en APS. Y así, la pregunta de investigación formulada en el presente estudio fue: ¿La presencia de síntomas depresivos está asociada con la violencia causada por la pareja durante el embarazo?

En este sentido, esta investigación tuvo como objetivo evaluar la presencia de síntomas depresivos en gestantes y su asociación con la violencia sufrida por la pareja.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, del tipo transversal y con un enfoque cuantitativo, es decir, este diseño de estudio, el factor (causa) y efecto se observan en el mismo momento histórico. La investigación se llevó a cabo mediante la aplicación de escalas validadas con el propósito de recopilar información sobre la presencia de síntomas depresivos y violencia en gestantes monitoreadas en el contexto de la APS. Esta investigación tuvo lugar en la Unidad Básica de Salud (UBS) de la Universidad

Federal de Amapá (UNIFAP), ubicada en un área periférica de la ciudad de Macapá, en la región amazónica de Brasil.

Población y muestra

Las gestantes de todos los grupos de edad y edad gestacional, cuyo embarazo fue confirmado por beta HCG (gonadotropina coriónica humana) o ultrasonido obstétrico, fueron elegibles para el estudio, las cuales recibieron atención prenatal en la UNIFAP UBS entre los meses septiembre y octubre de 2018 y aceptaron participar en la investigación.

En esta UBS, desde principios de 2014 hasta finales del primer semestre de 2018, se registraron 2.125 gestantes, un promedio de aproximadamente 472 por año, es decir, 39 por mes. Se estipuló un período de recolección de datos de dos meses, por lo tanto, la población esperada, basada en el promedio mensual conocido, fue de 78 gestantes. Para obtener una muestra confiable, se utilizó la fórmula de muestreo Aleatorio Simple⁽⁸⁾, en la que se calculó un tamaño de muestra que permitiría alcanzar una cantidad viable con la realidad del sitio de recolección, para un nivel de confianza del 95% y un margen de error aceptable de ± 5 puntos porcentuales, por lo tanto, se estimó una muestra de 65 gestantes.

Recolección de datos

Cuando las gestantes asistieron a la UBS para consultas prenatales, fueron invitadas individualmente a una habitación privada, luego fueron informadas sobre el propósito de la investigación, el carácter sigiloso y la confidencialidad de los datos obtenidos y, después de firmar el Formulario de Consentimiento Libre Previo e Informado (CLPI), respondieron a los instrumentos.

Para la recolección de datos, se aplicaron tres instrumentos: un cuestionario socioeconómico, demográfico y obstétrico; la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)⁽⁹⁾; Estudio Multipaís sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Doméstica (WHO VAW) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁰⁾, validado y adaptado en Brasil por Schraiber⁽¹¹⁾.

El EPDS es un instrumento simple de 10 ítems, desarrollado para identificar mujeres que presentaban depresión posparto. Los ítems de la escala corresponden a varios síntomas de depresión clínica. Esta escala está validada para su uso en mujeres embarazadas, siendo confiable y aceptable, considerada una herramienta psicométricamente sólida⁽¹²⁾.

La evaluación general se realizó sumando los puntos de cada pregunta. Se determina sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems, que en la suma de los puntos hace un puntaje de 30 puntos, considerando la presencia de síntomas depresivos un puntaje igual o superior a 12. EPDS se puede usar dentro de las ocho semanas posteriores al parto, pero también se puede usar para detectar la depresión durante el embarazo. El resultado no afirma el diagnóstico de depresión, sino la necesidad de cuidar los propios sentimientos y la situación emocional de la familia. Su aplicación es rápida y simple y puede ser utilizada por profesionales de la salud.

El WHO VAW es un estudio basado en encuestas domiciliarias y tiene como objetivo estimar la prevalencia de diferentes formas de violencia contra las mujeres y los factores asociados con la violencia de pareja entre los 10 países inicialmente participantes⁽¹⁰⁾. De acuerdo con su perspectiva de género, la violencia física, sexual o psicológica perpetrada por las parejas íntimas de las mujeres se estudió durante toda su vida o en los 12 meses anteriores a la aplicación del cuestionario.

En la validación brasileña de la WHO VAW, se evidenció una excelente consistencia interna, en dos regiones de su estudio los coeficientes alfa de Cronbach fueron altos (0,88 y 0,89) ⁽¹¹⁾.

Para esta investigación, se definió a la pareja íntima como la pareja o expareja con quien las mujeres viven o vivieron, independientemente de la unión formal, incluidos los novios actuales, siempre que hubiesen tenido relaciones sexuales con ellos.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22. La “violencia de pareja” se determinó como una variable independiente y los “síntomas depresivos en el embarazo” como una variable dependiente. Las variables en estudio se caracterizaron por los valores de desviación mínima, máxima, mediana, media y desviación estándar (variables cuantitativas) o frecuencias absolutas y relativas (variables cualitativas).

La confiabilidad (o consistencia interna) de las escalas utilizadas en la investigación (EPDS y WHO VAW) se evaluó utilizando el indicador Alpha de Cronbach. Para decidir sobre los niveles de fiabilidad, se siguieron las recomendaciones de Hair y colaboradores⁽¹³⁾: El alfa de Cronbach debe ser mayor que 0,70 (aceptable por encima de 0,60).

Para estudiar las diferencias estadísticas y la asociación de la presencia de síntomas depresivos con las variables de violencia contra la mujer (WHO VAW), las variables demográficas, socioeconómicas y las variables relacionadas con el embarazo, se realizaron las pruebas de Mann-Whitney, Chi-Cuadrado y Regresión Logística Binaria. Se consideró un nivel de significación del 5% para las pruebas estadísticas, es decir, las diferencias se consideraron estadísticamente significativas cuando el valor de significación fue inferior a 0,05 ($p < 0,05$) y la asociación se consideró el *Odds Ratio*.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad Federal de Amapá, según el dictamen 2.952.483 / 2018, y se pidió a los participantes que firmaran el Formulario de Consentimiento Libre, Previo e Informado. Además, se respetó la Declaración de Helsinki de 1975 y los autores declararon la no existencia de conflicto de intereses.

RESULTADOS

Características demográficas y socioeconómicas

Teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad y muestreo, se incluyeron 65 gestantes y presentaban entre 15 y 42 años, con un promedio de 23,88 años, predominantemente gestantes de 20 a 24 años (46,2%). La mayoría vive en una unión estable (60,0%) y no está empleada (90,8%). En cuanto a las parejas, el 69,2% están empleados. En cuanto a la educación, predominan aquellas con Educación Secundaria Completa (38,5%). En cuanto a la residencia, la mayoría de las gestantes viven en casa propia (80,0%), principalmente ubicadas en la periferia (64,6%). En promedio, viven aproximadamente 5 personas en la residencia. Con respecto al ingreso familiar mensual, más de la mitad tiene un ingreso de hasta un sueldo mínimo (58,5%).

En cuanto a los datos relacionados con el embarazo, aproximadamente la mitad de las gestantes estaban en el tercer trimestre de edad gestacional (49,2%). En cuanto al número de embarazos previos, el 30,8% nunca quedó embarazada, el 30,8% tuvieron un embarazo, el 16,9% tuvieron dos y el 21,5% tuvieron 3 o más. En cuanto al número de partos, el 38,5% nunca tuvieron, el 26,2% tuvieron un parto previo, el 18,5% dio a luz dos veces y el 16,9% tres o más partos. De las entrevistadas, un 20% ha tenido al menos un aborto: El 15,4% tuvieron 1 y el 4,6% tuvieron 2. Solamente 3 (4,6%) gestantes informaron haber tenido depresión posparto.

De las 65 gestantes, el 43,1% dijo que el embarazo actual era deseado por ambos progenitores, 9,2% que solo lo deseaba el padre y una (1,5%) dijo que solo ella lo deseaba. Casi la mitad de las gestantes informaron que ninguno de los padres deseaba el embarazo (46,2%). Sin embargo, la gran mayoría estaba contenta con la llegada del niño (95,4%). Ninguna de las gestantes afirmó tener un diagnóstico de ningún otro trastorno mental/psiquiátrico. Con respecto al uso de alcohol, el 30,8% refirieron que nunca habían consumido, el 66,2% que consumieron antes del embarazo y el 3,1% que consumían alcohol.

Presencia de síntomas de depresión

La Tabla 1 muestra los resultados de la caracterización de los síntomas de depresión de gestantes en la muestra, obtenida de la EPDS. Los resultados muestran que el puntaje promedio de 11,4 puntos, que van desde un mínimo de 2 a un máximo de 23 puntos. Estos resultados permitieron concluir que el 41,5% de las gestantes presentaron síntomas depresivos. El valor Alpha de EPDS Cronbach fue 0,70, lo que indica una fiabilidad (o consistencia interna) aceptable.

Tabla 1: Caracterización de la puntuación EPDS y la presencia de síntomas depresivos (N = 65), Macapá, AP, Brasil.

Estadística	Clasificación de los síntomas depresivos	
	SIN síntomas depresivos	CON síntomas depresivos
Mínimo	2	
Máximo	23	
Mediana	11 (EPDS <12)	(EPDS ≥ 12)
Promedio	11.4 n = 38	n = 27
Desviación estándar	58,5%	41,5%
5.0		

Nota: Alfa de Cronbach = 0,70

Formas de violencia contra las mujeres

Los resultados muestran que los actos de violencia psicológica fueron los que predominaron, seguidos de la violencia física y, finalmente, los de violencia sexual. De hecho, fueron los elementos de violencia psicológica los que tuvieron la mayoría de las respuestas “sí”: El 40,0% respondió que sí a la pregunta 1 “¿Te insultó o te hizo sentir mal contigo misma?”. En cuanto a los elementos de violencia física, la prevalencia más alta fue el elemento 5 “¿Te golpeó o te arrojó algo que podría lastimarte?” Con 18,5%. En cuanto a la violencia sexual, dos (3,1%) gestantes respondieron sí al punto 11 “¿Te forzó físicamente a mantener relaciones sexuales cuando no querías?”.

Para evaluar la confiabilidad de la escala WHO VAW y sus tres factores, se utilizó el Alpha de Cronbach. Los valores obtenidos son indicadores de niveles de fiabilidad al menos aceptables, por lo que es apropiado calcular puntajes representativos para cada factor: WHO VAW Total (Alfa de Cronbach = 0,723), factor de violencia psicológica (Alfa de Cronbach = 0,833), factor de violencia física (Alfa de Cronbach = 0,713) y factor de violencia sexual (Alfa de Cronbach = 0,899). Por lo tanto, los puntajes de violencia se calcularon a través de la suma de los puntajes de los ítems respectivos, considerándose 1 punto si la respuesta fue “sí” y cero puntos si la respuesta fue “no”, alcanzando 13 puntos, con 1 punto que ya indica la presencia de violencia de pareja y cuanto mayor sea el puntaje, mayor será la diversidad de los actos de violencia contra la mujer.

En vista de esto, la Tabla 2 presenta los resultados de la caracterización de los puntajes de violencia contra la mujer, mostrando que el 40% de las gestantes sufrieron al menos un caso de violencia psicológica, 18,5% físico y 3,1% sexual.

Tabla 2: Caracterización de los puntajes WHO VAW y la proporción del tipo de violencia (N = 65), Macapá, AP, Brasil.

Estadísticas	Tipo de violencia (WHO VAW)			TOTAL
	Psicológic	Física	Sexual	
Mínima	0,00	0,00	0,00	0,00
Máxima	3,00	5,00	3,00	11,0
Mediana	1,00	0,00	0,00	1,00
Promedio	0,86	0,54	0,06	1,46
Desviación estándar	0,97	0,99	0,39	1,87
<hr/>				
Proporción que respondió al menos	26 (40,0%)	12(18,5 %)	2 (3,1%)	

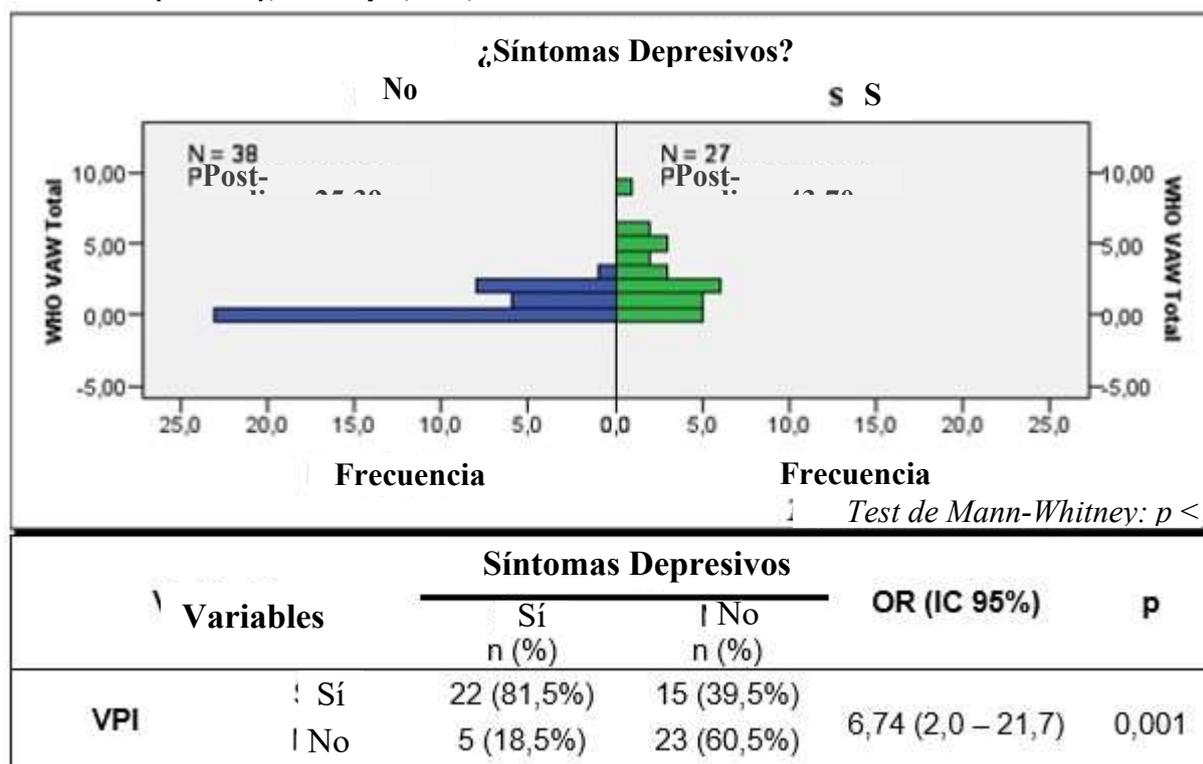
Nota: Alfa de Cronbach: factor de violencia psicológica = 0,833; factor de violencia física = 0,713; factor de violencia sexual = 0,899; y Total = 0,723

Síntomas depresivos y factores asociados

En cuanto a los factores asociados con la presencia de síntomas depresivos, se estudió la asociación entre la variable dicotómica de presencia de síntomas depresivos (no/sí) y las variables de violencia contra la mujer (WHO VAW), variables demográficas, socioeconómicas y variables relativas al embarazo.

En cuanto a la asociación con formas de violencia (Gráfico 1), los resultados muestran que las gestantes con síntomas depresivos tienen un nivel promedio de violencia más alto que aquellas que no presentaron estos síntomas, en resumen, las diferentes formas de violencia por parte de una pareja mostraron una diferencia estadística entre la presencia de síntomas depresivos en gestantes ($p < 0,001$), con puntuaciones más altas de WHO VAW en aquellas que poseían síntomas depresivos. A través de la regresión logística binaria, fue posible indicar que las mujeres que sufrieron algún tipo de VP tienen una probabilidad 6,74 veces mayor de presentar síntomas depresivos que aquellas que no la sufrieron [$\chi^2(1) = 12,002$; $p = 0,001$, R^2 Nagelkerke = 0,227; OR = 6,74; IC95% = 2,0 – 21,7].

Gráfico 1: Asociación de la presencia de síntomas depresivos con las formas de violencia (N = 65), Macapá, AP, Brasil.



Nota: OR = Odds ratio; IC: Intervalo de Confianza

Los resultados en la Tabla 3 muestran que la situación con respecto al empleo ($p = 0,029$), el estado civil ($p = 0,002$) y el nivel educativo ($p = 0,009$) tuvieron diferencias estadísticamente significativas en el estado depresivo. El porcentaje de gestantes con síntomas depresivos es mayor en las que están empleadas (83,3%) que en las que no están empleadas (37,3%). En cuanto al estado civil, el porcentaje de gestantes con síntomas depresivos es más elevado en mujeres solteras (75%) y menor en mujeres casadas (10%). Con respecto a la educación, el porcentaje de gestantes con síntomas depresivos es menor en aquellas con educación más elevada: educación secundaria completa o educación superior (20,7%).

Tabla 3: Asociación de la presencia de síntomas depresivos con datos demográficos y educación (N = 65), Macapá, AP, Brasil.

Variables	EPDS		p
	SIN síntomas depresivos	CON síntomas depresivos	
Edad	M = 23,74; DP = 5,05	M = 23,96; DP = 6,34	0,852 ⁽¹⁾
¿Está usted empleada?			0,029⁽²⁾
No (n = 59)	n = 37 (62,7%)	n = 22 (37,3%)	
Sí (n = 6)	n = 1 (16,7%)	n = 5 (83,3%)	
¿Está empleada la pareja?			0,476 ⁽²⁾
No (n = 20)	n = 13 (65,0%)	n = 7 (35,0%)	
Sí (n = 45)	n = 25 (55,6%)	n = 20 (44,4%)	
Estado civil			0,002⁽²⁾
Soltera (n = 16)	n = 4 (25,0%)	n = 12 (75,0%)	
Casada (n = 10)	n = 9 (90,0%)	n = 1 (10,0%)	
Unión estable (n = 39)	n = 25 (64,1%)	n = 14 (35,9%)	

Educación			
No frec./ Ens. Prim. Incompleto (n = 18)	n = 8 (44,4%)	n = 10 (55,6%)	0,009 ⁽²⁾
Completó Sec. Prim. (n = 18)	n = 7 (38,9%)	n = 11 (61,1%)	
Completó Sec. Secundaria o Sup. (n = 29)	n = 23 (79,3%)	n = 6 (20,7%)	
Número de personas en la casa	M = 5,16; DE = 2,51	M = 4,56; DE = 2,12	0,326 ⁽¹⁾
Propiedad de la casa donde vive			0,314 ⁽²⁾
Alquilada/ Cedida (n = 13)	n = 6 (46,2%)	n = 7 (53,8%)	
Propia (n = 52)	n = 32 (61,5%)	n = 20 (38,5%)	
Ubicación de la casa donde vive			0,179 ⁽²⁾
Áreas inhóspitas (n = 42)	n = 22 (52,4%)	n = 20 (47,6%)	
Terra Firme (n = 23)	n = 16 (69,6%)	n = 7 (30,4%)	
Ingreso familiar mensual			0,042 ⁽²⁾
Hasta 1 sueldo mínimo (n = 38)	n = 21 (55,3%)	n = 17 (44,7%)	
2 sueldos mínimos (n = 16)	n = 7 (43,8%)	n = 9 (56,3%)	
3 o más sueldos mínimos (n = 11)	n = 10 (90,9%)	n = 1 (9,1%)	

⁽¹⁾p de la prueba de Mann-Whitney; ⁽²⁾p de la prueba de Chi-cuadrado.

Además, también hubo una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y el ingreso familiar mensual ($p = 0,042$): las gestantes con un ingreso más alto (tres o más sueldos mínimos) tienen menos probabilidades de tener síntomas depresivos (9,1%) que aquellas con un ingreso de hasta un sueldo mínimo (44,7%) y aquellas con un ingreso de dos sueldos mínimos (56,3%).

En cuanto a las variables relacionadas con el embarazo (Tabla 4), solo hay una diferencia significativa con el embarazo deseado ($p = 0,022$). El análisis de las frecuencias lleva a la conclusión de que el porcentaje de gestantes con síntomas depresivos es el doble en los casos en que ninguno de los padres deseaba el embarazo (56,7%), en comparación con los casos en que al menos uno de los progenitores deseaba el embarazo (28,6%). Un punto importante para tener en cuenta fue que no hubo diferencias significativas entre el trimestre del embarazo, lo que demuestra que los síntomas depresivos pueden surgir desde el principio hasta el final del embarazo.

Tabla 4: Asociación de la presencia de síntomas depresivos con datos relacionados con el embarazo (N = 65), Macapá, AP, Brasil

Variables	EPDS		n
	SIN síntomas depresivos	CON síntomas depresivos	
Edad gestacional			0,242 ⁽²⁾
1º Trimestre (n = 13)	n = 5 (38,5%)	n = 8 (61,5%)	
2º Trimestre (n = 20)	n = 12 (60,0%)	n = 8 (40,0%)	
3º Trimestre (n = 32)	n = 21 (65,6%)	n = 11 (34,4%)	
Número de embarazo previo	M = 1,47; DE = 1,80	M = 1,96; DE = 2,41	0,433 ⁽¹⁾
Número de partos	M = 1,24; DE = 1,51	M = 1,74; DE = 2,31	0,546 ⁽¹⁾
Número de abortos	M = 0,26; DE = 0,55	M = 0,22; DE = 0,51	0,789 ⁽¹⁾
¿Has tenido depresión posparto?			0,768 ⁽²⁾
No (n = 62)	n = 36 (58,1%)	n = 26 (41,9%)	
Sí (n = 3)	n = 2 (66,7%)	n = 1 (33,3%)	
Complicaciones en el embarazo actual			0,571 ⁽²⁾
No (n = 34)	n = 21 (61,8%)	n = 13 (38,2%)	
Sí (n = 31)	n = 17 (54,8%)	n = 14 (45,2%)	

Complicaciones en el embarazo anterior			0,697 ⁽²⁾
No (n = 44)	n = 25 (56,8%)	n = 19 (43,2%)	
Sí (n = 21)	n = 13 (61,9%)	n = 8 (38,1%)	
Embarazo deseado			0,022 ⁽²⁾
Por ninguno (n = 30)	n = 13 (43,3%)	n = 17 (56,7%)	
Por padre, madre o ambos (n = 35)	n = 25 (71,4%)	n = 10 (28,6%)	
Feliz con la llegada del niño			0,366 ⁽²⁾
No (n = 3)	n = 1 (33,3%)	n = 2 (66,7%)	
Sim (n = 62)	n = 37 (59,7%)	n = 25 (40,3%)	

⁽¹⁾ p de la prueba de Mann-Whitney; ⁽²⁾ p de la prueba de Chi-cuadrado.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la presencia de síntomas depresivos en gestantes y su asociación con la violencia sufrida por la pareja, utilizando instrumentos validados, consistentes y ampliamente utilizados en la literatura científica. El EPDS se utilizó con el fin de verificar la presencia de síntomas depresivos en gestantes referentes a los últimos siete días anteriores a la aplicación, adoptando un punto de corte ≥ 12 . Fue posible identificar que el 41,5% de las gestantes en el estudio tenían síntomas depresivos. También utilizando el WHO VAW, se evidenció que los síntomas de depresión obtuvieron una asociación significativa en las mujeres que sufrieron VPI, es decir, las gestantes que sufrieron algún tipo de violencia presentaron más síntomas de depresión.

Como análisis adicional, se demostró que estar empleada, ser soltera, tener baja escolaridad, bajos ingresos familiares y embarazos no deseados influían significativamente en los síntomas depresivos durante el embarazo.

Cuando se observa que, dentro de la muestra del presente estudio, el 41,5% de las gestantes tienen síntomas de depresión, indica que este valor está por encima del estimado por la OMS⁽¹⁴⁾, quien afirma que alrededor del 10% de las gestantes en todo el mundo sufren de un trastorno mental, principalmente depresión, además, en los países en desarrollo, esto es aún mayor, es decir, 15,6% durante el embarazo.

Uno de los propósitos del estudio fue investigar los síntomas de la depresión antes del parto, destacando la posibilidad de que una DPP haya comenzado durante el período de embarazo. Un estudio de Hartmann y colaboradores⁽¹⁵⁾ muestra que la depresión preparto es un factor de riesgo para la depresión posparto, que a menudo es una continuación de la depresión iniciada durante el embarazo.

Al analizar los resultados con respecto a la existencia de violencia contra las gestantes perpetradas por la pareja, se observa que hubo presencia de los tres tipos de violencia en estudio, prevaleciendo la violencia psicológica, seguida de física y, finalmente, sexual, así como el estudio de Durand y Schraiber⁽¹⁶⁾. Considerando estos tipos de violencia, en la investigación la presencia de VPI es evidente, alcanzando el 40% en el caso de violencia psicológica, y su presencia es alarmante en comparación con otros estudios⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, donde la prevalencia VPI durante el embarazo varió de 0,9% a 34,6% dependiendo del país, los métodos y las herramientas de investigación utilizadas.

En esta perspectiva, de acuerdo con los resultados de la investigación, se descubrió que las diversas formas de violencia conducen a la existencia de síntomas depresivos, con una fuerte asociación significativa en la puntuación WHO VAW. Este dato corrobora con una investigación japonesa⁽²⁰⁾ que señaló que tanto la violencia física como la verbal son determinantes causales del desarrollo de síntomas depresivos en las madres durante el embarazo.

Se enfatiza la potencialidad de los síntomas depresivos en el embarazo para persistir incluso en el período posparto, como se muestra en un estudio realizado en Tanzania⁽²¹⁾, que señaló que la exposición a la violencia doméstica al menos una vez aumentó el riesgo de depresión posparto más de tres veces, similar a un estudio obtenido en Bangladesh⁽²²⁾, en el que más de la mitad de las mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo desarrollaron depresión posparto.

El presente estudio reveló que las gestantes empleadas tienen más síntomas depresivos que las mujeres desempleadas, a diferencia de lo que muestran otras investigaciones⁽²³⁻²⁴⁾, posiblemente porque trabajar durante el embarazo causa mayor estrés y tensión mental, por lo tanto, frente a la acumulación de tareas se quedan, por lo tanto, susceptibles a una serie de crisis internas, que pueden progresar a un cuadro de depresión.

Otro factor estadísticamente significativo para los síntomas depresivos fue el estado civil, donde se descubrió que las mujeres solteras o las que viven solas tenían más síntomas, de acuerdo con la investigación de Thiengo y sus colaboradores⁽²⁵⁾. Vale la pena mencionar que varias gestantes informaron tener mucho contacto con su expareja, a pesar de que eran solteras y vivían solas.

Con respecto a la educación, se encontró que las gestantes que tenían menos años de estudio tenían más síntomas depresivos, es decir, cuanto mayor es el número de años completos de estudio, mayor es la protección contra la depresión, como se observó en otros estudios^(15,26). Se entiende que la educación reduce significativamente el riesgo de depresión en adultos, ya que las mujeres con menor educación y menores ingresos financieros tienen un alto riesgo para depresión⁽²⁷⁾. Además, las mujeres con menores ingresos familiares se asociaron con una mayor presencia de síntomas depresivos, lo que también está en línea con los estudios en la literatura científica⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Nuestra investigación encontró una diferencia estadística entre los síntomas de depresión y los embarazos no deseados, en los que el porcentaje de gestantes con síntomas depresivos es casi el doble en los casos en que ninguno de los progenitores deseaba el embarazo. Un estudio con 1.121 mujeres, monitoreada durante la atención prenatal en Recife-PE sugiere que los valores altos en la escala de Edimburgo pueden resultar de un embarazo no deseado⁽³⁰⁾.

En este estudio, la importancia de la asistencia brindada por el equipo multidisciplinario con respecto a la identificación, monitoreo y pronóstico de situaciones dañinas para el binomio madre-bebé, como la violencia y los cambios mentales, desde el prenatal. Lo que también se enfatiza en otros estudios sobre la importancia de esta atención incluso antes del parto⁽²⁹⁾. Finalmente, la investigación realizada aquí muestra la necesidad de una atención prenatal integral, que se centra

no solo en el aspecto físico y el desarrollo fetal, sino también en problemas de salud pública como la depresión y la violencia, que pueden tener repercusiones futuras.

CONCLUSIONES

A pesar de ser un estudio con una muestra que debe ampliarse en futuros estudios, se descubrió que es un tema relevante que, sin embargo, requiere mayor atención e identificación de casos, en vista de la alta prevalencia encontrada en el estudio.

El presente estudio logró alcanzar los objetivos deseados, además de confirmar la aplicabilidad de los instrumentos de recolección. En este sentido, de las 65 gestantes en el estudio, 27 (41,5%) tenían síntomas depresivos y, según el análisis estadístico, hubo una asociación con VPI, donde las gestantes que sufrieron violencia por parte de su pareja tenían aproximadamente siete veces más probabilidades de tener síntomas depresivos. La edad gestacional no fue determinante para la aparición de los síntomas depresivos, pero algunos factores demográficos y la no aceptación del embarazo fueron estadísticamente significativos.

Así, es un estudio en el contexto de la atención médica en la Amazonía brasileña, destacando el problema investigado, cuya limitación fue el corto tiempo para la recopilación de datos, lo que hace imposible una muestra más grande.

REFERENCIAS

1. Antunes MSC, Patrocínio C. A malformação do bebê: Vivências psicológicas do casal. *Psicologia, saúde & doenças*. 2007;8(2):239-251. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000200007&lng=pt.
2. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil national research study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016;194(1):159-167. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet*. 2006;11(Suppl):1163-1178. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>
4. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368(9543): 1260-9. Disponível em: https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/media_corner/Prevalence_intimatepartner_WHOStudy.pdf
5. Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S192-207. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
7. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e

- desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017; 33(3): e00195815. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>
8. Rea LM, Parker RA. *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira; 2000.
 9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(06):782–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>
 10. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multicountry study on women's health and domestic violence against women – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
 11. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-666. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>.
 12. Friesen K, Peterson WE, Janet S, Fortier C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for use with young childbearing women. *J Nurs Meas*. 2017; 25(1):1-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.25.1.E1>.
 13. Hair JFJ, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis – International Edition*. 7. ed. New Jersey: Pearson Education; 2010.
 14. WHO (World Health Organization. Mental health). WHO: c2018. Maternal mental health. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
 15. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2017;33(9):e00094016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>.
 16. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev bras epidemiol*. 2007;10(3):310-322. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000300003>
 17. Bessa MMM, Drezett J, Rolim M, Abreu LC. Violence against women during pregnancy: sistematized revision. *Reprodução & climatério*. 2014;29(2):71-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recli.2014.09.001>
 18. Oliveira LCQ, Fonseca-Machado MO, Stefanello J, Gomes-Sponholz FA. Violência por parceiro íntimo na gestação: identificação de mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Gaucha Enferm*. 2015;36(spe):233-238. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57320>
 19. Okada MM, Hoga LA, Borges AL, Albuquerque RS, Belli MA. Violência doméstica na gravidez. *Acta paulista de enfermagem*. 2015;28(3):270-4. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201500045>
 20. Miura A, Fujiwara T. Intimate partner violence during pregnancy and postpartum depression in Japan: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2017;5:81. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00081>
 21. Rogathi JJ, Manongi R, Mushi D, Rasch V, Sigalla GN, Gammeltoft T, et al. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *J Affect Disord*. 2017;218:238-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.063>
 22. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176211. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176211>

23. Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(3):221-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0409-0>
24. Agostini F, Neri E, Salvatori P, Dellabartola S, Bozicevic L, Monti F. Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Matern Child Health J*. 2015;19(5):1131-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1613-x>
25. Thiengo DL, Santos JFC, Fonseca DL, Abelha L, Lovisi GM. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(4):416-26. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400003>
26. Silva R, Jansen K, Souza LDM, Moraes IGS, Tomasi E, Silva G, et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Braz J Psychiatry*. 2010;32(2):139-44. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1516-44462010000200008>
27. Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TL, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. Post partum depression in Recife, Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(1):1-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0047-20852010000100001>
28. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):101-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>
29. Moura VFS, Pedrão LJ, Souza ACS, Boaventura RP. A depressão em gestantes no final da gestação. *SMAD revista electronica salud mental, alcohol y drogas*. 2015;11(4):234-242. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p234-42>
30. Brito CNO, Alves SV, Ludermir AB, Araujo TVB. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Rev Saude Publica* 2015;49:33. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia