

Dominios de los trastornos mentales comunes en mujeres que relatan violencia de un compañero íntimo*

Ariane Gomes dos Santos^{1,2}
Claudete Ferreira de Souza Monteiro¹

Objetivo: verificar las asociaciones entre los tipos de violencia por un compañero íntimo y los dominios de los trastornos mentales comunes en mujeres. Método: estudio transversal, realizado con 369 mujeres. Las informaciones fueron obtenidas por medio de los instrumentos: *Self Reporting Questionnaire* y *Conflict Tactic Scales*. Para el análisis de los datos, se realizó el test Chi-Cuadrado de Pearson, Exacto de Fisher y Odds Ratio. Resultados: mujeres que relataron abuso físico sin y con secuelas tuvieron respectivamente, 2,58 y 3,7 veces más chances de tener síntomas de humor depresivo ansioso. Las chances de tener síntomas de descenso de la energía vital aumentaron 2,27 veces con agresión psicológica, 3,06 veces con abuso físico sin secuelas y 3,13 veces con abuso físico con secuelas. Los síntomas somáticos no mostraron asociación estadística con los tipos de violencia. La propensión al desarrollo de síntomas de pensamientos depresivos aumento 3,11 veces con agresión psicológica, 6,13 veces con agresión física sin secuelas, 2,47 veces con coerción sexual y 7,3 veces con agresión física con secuelas. Conclusión: los tipos de violencia de un compañero íntimo están fuertemente asociados con los dominios de los trastornos mentales comunes en mujeres. Ese hallado podrá contribuir para intervenciones más precisas por parte dos profesionales de salud a mujeres víctimas de violencia.

Descriptorios: Mujeres; Trastornos Mentales; Violencia de Pareja; Salud Mental; Enfermería; Salud Pública.

* Artículo parte de tesis de doctorado "Suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres e sua relação com a violência por parceiro íntimo", presentada en la Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 443107/2014-9.

¹ Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Teresina, PI, Brasil.

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí, Departamento de Saúde, Teresina, PI, Brasil.

Cómo citar este artículo

Santos AG, Monteiro CFS. Domains of common mental disorders in women reporting intimate partner violence. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3099. [Access]; Available in: .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2740.3099>. mes día año URL

Introducción

Trastornos mentales comunes se manifiestan por medio de síntomas de depresión, ansiedad y somatización que interfieren en la calidad de vida de los individuos que los presentan, aunque no completan los criterios necesarios para diagnóstico de trastornos del humor preconizados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM- V), por la 10ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud (CID-10)⁽¹⁻³⁾. Esos trastornos poseen elevada prevalencia y afectan personas de todo el mundo⁽⁴⁻⁶⁾. Según algunos estudios, esa prevalencia oscila de 15,0% a 50,3%⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Para poder investigar mejor los trastornos mentales comunes, se utilizó en este estudio el *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) que subdivide los síntomas de esos trastornos en cuatro dominios: humor depresivo ansioso, síntomas somáticos, descenso de energía vital y pensamientos depresivos⁽¹¹⁾.

El humor depresivo ansioso es caracterizado por síntomas como nerviosismo, tensión, preocupación, tristeza, llanto y susto con facilidad. Personas con síntomas somáticos pueden presentar dolores de cabeza, insomnio, incomodidad estomacal, mala digestión, falta de apetito y temores en las manos. El descenso de la energía vital corresponde a síntomas como cansancio con facilidad, dificultades de tomar decisiones o tener satisfacción en sus tareas, dificultad de pensar y tener sufrimiento con actividades laborales. Se encuadran en el dominio de los pensamientos depresivos personas que se sienten incapaces de desempeñar un papel útil en la vida, pierden el interés por las cosas, se sienten inútiles y piensan en dar fin a la propia vida⁽¹¹⁾.

Se resalta que los riesgos a la salud mental deben ser vistos sobre la perspectiva de género, que influye la expresión de sufrimiento entre hombres y mujeres⁽¹²⁾. Los trastornos mentales comunes están presentes con mayor frecuencia entre mujeres^(1,13). Otra cosa que se relaciona con los trastornos mentales comunes en mujeres es la violencia⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Así, la realización de la presente investigación se justifica por la importancia de la identificación de los síntomas de dominios de los trastornos mentales comunes en mujeres que relatan diferentes tipos de violencia por compañeros íntimo, teniendo en cuenta que la descubierta precoz de esos agravios es esencial para minimizar daños a la salud física y mental de mujeres. Con profesionales capacitados y sensibles para identificación de síntomas de esos dominios entre su clientela será posible buscar formas de enfrentamiento a esa problemática y de empoderamiento a mujeres agredidas por sus compañeros a través de un enfoque eficaz⁽¹⁶⁾.

Frente a esa problemática, se formuló la siguiente pregunta de la investigación: ¿los diferentes tipos de violencia por un compañero íntimo están asociados con los dominios de los trastornos mentales comunes en mujeres? El objetivo de este estudio fue verificar asociaciones entre los tipos de violencia por un compañero íntimo y los dominios de los trastornos mentales comunes en mujeres.

Método

Estudio transversal, realizado en cinco municipios de Piauí (Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano y Bom Jesus), seleccionados por ser sedes de las macroregiones de salud del estado, definidas en el Plano Director de Regionalización (PDR).

Los datos fueron obtenidos en el banco de datos del estudio: "Violencia, consumo de alcohol y drogas en el universo femenino: prevalencias, factores de riesgo y consecuencias a la salud mental", financiado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq). Todas las mujeres que compusieron el banco de datos fueron utilizadas para este estudio.

La muestra atendió a los siguientes criterios de inclusión: mujer con edad de 20 a 59 años y que fueron atendidas en consultas de enfermería en las Unidades Básicas de Salud de los referidos municipios. El criterio de exclusión adoptado fue presentar dificultad auditiva o de comunicación verbal, detectada en el momento de la invitación, por observación del investigador, teniendo en cuenta la importancia de esas funciones para aplicación de los instrumentos.

Datos del último censo realizado por el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) en 2010 mostraron que en los municipios donde se realizó este estudio la población de mujeres con edad de 20 a 59 años fue de 347.414. Con eso, para el cálculo de la muestra mínima necesaria, se utilizó la fórmula para poblaciones infinitas con base en la proporción poblacional: $n = (Z_{\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q / E^2$, en que $Z_{\alpha/2}$ es el punto de la curva normal que corresponde al intervalo de confianza deseado (95%); p comprende la proporción de individuos pertenecientes a la categoría a ser estudiada, para la cual se consideró la estimativa de la prevalencia de trastornos mentales no psicóticos 39,4%⁽¹⁷⁾; q es la proporción no perteneciente a la categoría ($q=1-p$); y E consiste en el error máximo de estimativa (5%).

La muestra mínima encontrada por medio del cálculo fue de 367, sin embargo 369 mujeres se utilizaron para esta investigación. De esa forma, esa muestra fue suficiente para dar validez interna al estudio, teniendo en cuenta que torna posible generar resultados que traducen lo que ocurre en la población-objetivo.

Esa muestra fue seleccionada de forma aleatoria y estratificada de forma proporcional conforme el número de atendimientos de las unidades básicas de salud de cada municipio estudiado. El número de unidades básicas y de mujeres en cada municipio fue sorteado en el *software Excel 2010* para evitar bias de selección.

La recolección de los datos fue de agosto de 2015 a mayo de 2016 por un equipo previamente entrenada. Para este trabajo, los datos fueron recogidos por los instrumentos: *Conflict Tactic Scales (CTS-2)*, que verifica el auto-relato de violencia por un compañero íntimo; y el *Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, que averigua la sospecha de trastornos mentales comunes. Ambos son de dominio público, traducidos para el portugués, adaptados para la cultura brasilera y validez en el Brasil.

En los indicadores de la fuerza psicométrica de los instrumentos, el SRQ20 posee buen desempeño para evaluación de la sospecha de los trastornos mentales comunes, al mostrar que, a pesar de la naturaleza múltiple de los trastornos emocionales, el instrumento presenta capacidad de identificar factores, con fácil aplicabilidad y confiabilidad, indispensables para el rastreo de la salud mental de los entrevistados⁽¹⁸⁾. Las escalas CTS-2 poseen índices de buena fidelidad, validez, fácil comprensión y aplicación para verificar el auto-relato de violencia por un compañero íntimo, siendo utilizadas en diversas realidades espaciales y sociales, constituyéndose como un instrumento confiable y eficaz⁽¹⁹⁾.

Las CTS-2 son subdivididas en cinco dimensiones, con dos sub-escalas cada una: negociación (cognitiva y emocional); agresión psicológica (severa y menor); abuso físico sin secuelas (severo y menor); abuso físico con secuelas (severo y menor); y coerción sexual (severa y menor)⁽²⁰⁻²¹⁾. La respuesta positiva a por lo menos un ítem de cada sub-escala fue considerada como presencia de violencia. La sub-escala negociación no fue analizada en este estudio.

El SRQ-20 es compuesto por 20 preguntas, medidas en escala nominal dicotomizada: (1) sí o (0) no. Los ítems de esa escala se distribuyen en cuatro dominios: humor depresivo ansioso (4 ítems); síntomas somáticos (6 ítems); descenso de energía vital (6 ítems); pensamientos depresivos (4 ítems)⁽¹¹⁾. La afirmación positiva de por lo menos un ítem de cada dominio fue considerada como presencia de síntomas de determinado dominio.

De esa forma, las variables predictoras de este estudio fueron los tipos de violencia por un compañero íntimo (agresión psicológica, abuso físico sin secuelas, abuso físico con secuelas y coerción sexual), en los grados menor y severo. Mientras los resultados fueron los dominios de los trastornos mentales comunes (humor depresivo ansioso, síntomas somáticos, descenso de energía vital y pensamientos depresivos). Todas las variables fueron analizadas en el nivel de medida cualitativo.

El análisis de los datos para este trabajo fue de octubre a diciembre de 2017 y fueron utilizados el *software* estadístico R, versión 3.4.1, en la exploración y análisis estadística de los datos y análisis bivariado para verificar la existencia de asociaciones, por medio del test Chi-cuadrado o exacto de Fisher, cuando no satisfechas todas las presuposiciones del test Chi-cuadrado. Se utilizó 5% de nivel de significancia. Para cuantificar la intensidad de la asociación, se utilizó el "odds ratio" y respectivos intervalos con 95% de nivel de confianza.

Atendiendo a los aspectos éticos, el análisis de informaciones se inició después de la aprobación del CEP (parecer nº 2.379.740/2017) y todas las participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado en dos vías.

Resultados

La Figura 1 mostró que la prevalencia de violencia por compañero íntimo entre las mujeres entrevistadas fue de 59,10%.

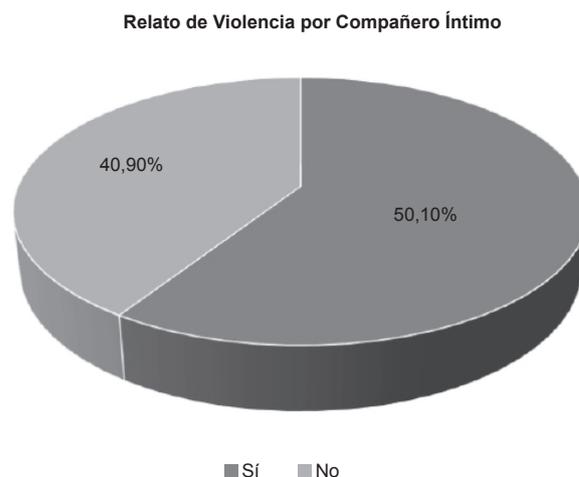


Figura 1 - Prevalencia de mujeres que relataron sufrir violencia por un compañero íntimo, Teresina, PI, Brasil, 2015-2016

La Tabla 1 mostró que las mujeres que relataron haber sufrido abuso físico sin secuelas, en grado menor y severo, presentaron respectivamente, 1,82 y 2,58 veces más chances de tener **síntomas** de humor depresivo ansioso, al ser comparadas con las que no relataron. Las mujeres que relataron haber sufrido abuso físico con secuelas, en grado menor presentaron 3,7 veces más propensión a tener síntomas de humor depresivo ansioso, cuando comparadas con las que no lo relataron.

No hubo asociación estadísticamente significativa entre los tipos de violencia y la presencia de síntomas somáticos entre las mujeres entrevistadas (Tabla 2).

Tabla 1 – Asociación entre el auto-relato de diferentes tipos de violencia por compañero íntimo, en los grados menor y severo y síntomas de humor depresivo ansioso, Teresina, PI, Brasil, 2015-2016

Violencia relatada	Síntomas de Humor Depresivo Ansioso				Total (369)	Odds (IC95%)*
	Sí (293)		No (76)			
	n	%	n	%		
Agresión Psicológica (Menor)						
Sí	183	81,7	41	18,3	224	1,42
No	110	75,9	35	24,1	145	(0,85 ; 2,36)
Agresión Psicológica (Severa)						
Sí	125	81,7	28	18,3	153	1,28
No	168	77,8	48	22,2	216	(0,76 ; 2,15)
Abuso físico sin secuelas (Menor)						
Sí	101	85,6	17	14,4	118	1,82
No	192	76,5	59	23,5	251	(1,01 ; 3,30)
Abuso físico sin secuelas (Severo)						
Sí	53	89,8	6	10,2	59	2,58
No	240	77,4	70	22,6	310	(1,06 ; 6,25)
Coerción sexual (Menor)						
Sí	42	84,0	8	16,0	50	1,42
No	251	78,7	68	21,3	319	(0,64 ; 3,17)
Coerción sexual (Severo)						
Sí	22	95,7	1	4,3	23	6,1
Não	271	78,3	75	21,7	346	(0,81 ; 45,45)
Abuso físico con secuelas (Menor)						
Sí	50	92,6	4	7,4	54	3,7
No	243	77,1	72	22,9	315	(1,29 ; 10,63)
Abuso físico con secuelas (Severo)						
Sí	23	88,5	3	11,5	26	2,07
No	270	78,7	73	21,3	343	(0,61 ; 7,09)

*(IC95%)= Intervalo de Confianza de 95%

Tabla 2 - Asociación entre el auto-relato de diferentes tipos de violencia por un compañero íntimo, en los grados menor y severo, y síntomas somáticos, Teresina, PI, Brasil, 2015-2016

Violencia relatada	Síntomas Somáticos				Total (369)	Odds (IC95%)*
	Sí (291)		No (78)			
	n	%	n	%		
Agresión Psicológica (Menor)						
Sí	183	81,7	41	18,3	224	1,53
No	108	74,5	37	25,5	145	(0,92;2,53)
Agresión Psicológica (Severo)						
Sí	29	19,0	124	81,0	153	1,25
No	49	22,7	167	77,3	216	(0,76;2,10)
Abuso físico sin secuelas (Menor)						
Sí	98	83,1	20	16,9	118	1,47
No	193	76,9	58	23,1	251	(0,84;2,58)
Abuso físico sin secuelas (Severo)						
Sí	52	88,1	7	11,9	59	2,21
No	239	77,1	71	22,9	310	(0,96;5,08)
Coerción sexual (Menor)						
Sí	43	86,0	7	14,0	50	1,76
No	248	77,7	71	22,3	319	(0,76;4,08)
Coerción sexual (Severo)						
Sí	21	91,3	2	8,7	23	2,96
No	270	78,0	76	22,0	346	(0,68;12,82)
Abuso físico con secuelas (Menor)						
Sí	45	83,3	9	16,7	54	1,40
No	246	78,1	69	21,9	315	(0,65; 3,01)
Abuso físico con secuelas (Severo)						
Sí	22	84,6	4	15,4	26	1,51
No	269	78,4	74	21,6	343	(0,51; 4,52)

*(IC95%)= Intervalo de Confianza de 95%

En la Tabla 3, fue posible observar que las mujeres que relataron haber sufrido agresión psicológica, en grado menor, presentaron 2,07 veces más chances de tener síntomas de descenso de energía vital en relación a las que no relataron. Esa propensión aumentó para 2,27 veces más entre mujeres que relataron vivencia con la agresión psicológica en grado severo.

Las participantes que relataron haber sufrido abuso físico sin secuelas, en menor grado, se presentaron 2,23 veces más propensas a presentar síntomas de descenso de energía vital si comparadas con las que no lo relataron. Las mujeres que relataron haber vivido ese mismo tipo de violencia en grado severo presentaron 3,06 veces más chances de presentar síntomas de descenso de energía vital. Ya las que relataron abuso físico con secuelas, en grado menor, se presentaron 3,13 veces más propensas a poseer síntomas de descenso de energía vital.

En la Tabla 4, se observó que mujeres que relatan agresión psicológica y grado menor, poseen 2,93 más

chances de tener pensamientos depresivos que las que no lo relatan. Se notó que las chances de mujeres que relatan violencia psicológica, en grado severo, tener pensamientos depresivos aumentaron para 3,11 veces en relación a las que no relataron.

Las mujeres que relataron sufrir agresión física sin secuelas, menor, fueron 3,86 veces más propensas a desarrollar pensamientos depresivos que las que no relataron. Esa propensión aumentó para 6,13 veces cuando el grado se tornó severo. Ya las que relataron coerción sexual, menor, presentaron 2,47 veces más chances de presentar pensamientos depresivos cuando comparadas a las que no relataron.

Se notó que mujeres que relataron agresión física con secuelas, en grado menor, tuvieron 5,92 veces más chances de desarrollar pensamientos depresivos si comparadas con aquellas que no relataron. Se observó que cuando el grado de esa violencia pasó a ser severo, las chances de la mujer presentar síntomas de pensamientos depresivos aumentaron para 7,3 veces más.

Tabla 3 – Asociación entre el auto-relato de los tipos de violencia por un compañero íntimo, en los grados menor y severo, y síntomas de descenso de la energía vital, Teresina, PI, Brasil, 2015-2016

Violencia relatada	Síntomas de descenso de Energía Vital				Total (369)	Odds (IC95%)*
	Sí (250)		No (119)			
	n	%	n	%		
Agresión Psicológica (Menor)						
Sí	166	74,1	58	25,9	224	2,07
No	84	57,9	61	42,1	145	(1,33; 3,25)
Agresión Psicológica (Severo)						
Sí	119	77,8	34	22,2	153	2,27
No	131	60,6	85	39,4	216	(1,42; 3,62)
Abuso físico sin secuelas (Menor)						
Sí	93	78,8	25	21,2	118	2,23
No	157	62,5	94	37,5	251	(1,33; 3,70)
Abuso físico sin secuelas (Severo)						
Sí	50	84,7	9	15,3	59	3,06
No	200	64,5	110	35,5	310	(1,45; 6,45)
Coerción sexual (Menor)						
Sí	37	74,0	13	26,0	50	1,42
No	213	66,8	106	33,2	319	(0,72; 2,78)
Coerción sexual (Severo)						
Sí	18	78,3	5	21,7	23	1,77
No	232	67,1	114	32,9	346	(0,64; 4,88)
Abuso físico con secuelas (Menor)						
Sí	46	85,2	8	14,8	54	3,13
No	204	64,8	111	35,2	315	(1,43; 6,85)
Abuso físico con secuelas (Severo)						
Sí	22	84,6	4	15,4	26	2,77
No	228	66,5	115	33,5	343	(0,93; 8,26)

*(IC95%)= Intervalo de Confianza de 95%

Tabla 4 - Asociación entre el auto-relato de diferentes tipos de violencia por un compañero íntimo, en los grados menor y severo, y síntomas de pensamiento depresivo, Teresina, PI, Brasil, 2015-2016

Violencia relatada	Síntomas de pensamientos Depresivos				Total 369	Odds (IC95%)*
	Sí (291)		No (78)			
	n	%	n	%		
Agresión Psicológica (Menor)						
Sí	77	34,4	147	65,6	224	2,93 (1,72; 4,98)
No	22	15,2	123	84,8	145	
Agresión Psicológica (Severo)						
Sí	61	39,9	92	60,1	153	3,11 (1,93; 5,00)
No	38	17,6	178	82,4	216	
Abuso físico sin secuelas (Menor)						
Sí	54	45,8	64	54,2	118	3,86 (2,38; 6,29)
No	45	17,9	206	82,1	251	
Abuso físico sin secuelas (Severo)						
Sí	36	61,0	23	39,0	59	6,13 (3,51; 11,11)
No	63	20,3	247	79,7	310	
Coerción sexual (Menor)						
Sí	22	44,0	28	56,0	50	2,47 (1,34; 4,57)
No	77	24,1	242	75,9	319	
Coerción sexual (Severo)						
Sí	10	43,5	13	56,5	23	2,22 (0,94; 5,24)
No	89	25,7	257	74,3	346	
Abuso físico con secuelas (Menor)						
Sí	33	61,1	21	38,9	54	5,92 (3,22; 10,87)
No	66	21,0	249	79,0	315	
Abuso físico con secuelas (Severo)						
Sí	18	69,2	8	30,8	26	7,30 (3,05; 17,24)
No	81	23,6	262	76,4	343	

*(IC95%)= Intervalo de Confianza de 95%

Discusión

Las violencias psicológica, física y sexual, en intensidades menor y severa, se relacionaron de diferentes formas con síntomas de los cuatro dominios de trastornos mentales comunes.

Se observó en este estudio, que mujeres que relataban que sufrir abuso físico sin secuelas, en grados severo, y el abuso físico con secuelas, en grado menor, tuvieron mayores chances de presentar síntomas de humor depresivo ansioso. El humor depresivo ansioso es caracterizado por síntomas como nervosismo, tensión, preocupación, tristeza, llanto y susto con facilidad⁽¹¹⁾.

La tristeza puede ser considerada en algunos individuos como una práctica inicial del cuadro depresivo, lo que permite considerar eso como un estado mental "en riesgo"⁽²²⁾. Así, la identificación de la tristeza en la población en general puede ser útil para detectar sujetos vulnerables al desarrollo de trastornos mentales. Eso podría ayudar a proponer metas y estrategias de prevención precoz de ese agravio⁽²³⁾. Para la víctima de violencia por un compañero íntimo, la agresión por parte de la persona con quien está emocionalmente envuelta

puede generar sentimiento de impotencia, caída de la autoestima y depresión⁽²⁴⁾.

Los trastornos depresivos son mayores en mujeres que viven violencia por un compañero íntimo en comparación con las no víctimas. Ese mismo autor describe en su estudio que mujeres que sufren violencia por compañero íntimo poseen probabilidad casi en doble de tener problemas relacionados a la salud mental⁽²⁵⁾.

Abusos físicos y verbales pueden ser acciones que generen auto-recriminación intensa. Sin embargo, a pesar del sufrimiento generado por lo agresor a la mujer, esta no consigue vislumbrar su condición de víctima por alimentar un sentimiento de culpa por la violencia sufrida. Con eso, esas mujeres tienen dificultad para amar, divertirse, estudiar y cuidar de los hijos⁽²⁶⁾.

En una investigación realizada con 298 mujeres que habían sido víctimas de violencia doméstica criminal por compañero íntimo masculino, se mostró que la amenaza con un arma de fuego, independiente de otras formas de violencia por un compañero íntimo, está relacionada a síntomas de trastorno de estrés post-traumático en mujeres. Aproximadamente, un cuarto de la muestra (24,2%) experimentó una amenaza con un arma de

fuego a lo largo de su relacionamiento y 12,5% temían que sus compañeros usasen un arma de fuego contra ellas⁽²⁷⁾. Ese miedo que circunda la vida de mujeres víctimas de violencia por compañero íntimo puede ser factor preponderante para el surgimiento de trastornos mentales comunes.

Estudio desarrollado en la Suecia también mostró resultados semejantes al apuntar que mujeres expuestas a la violencia física y sexual tuvieron 3,78 veces más probabilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con mujeres sin experiencia de tales violencias⁽²⁸⁾.

Investigación realizada con 775 gestantes en San Paulo mostró que la violencia doméstica y trastornos mentales fueron altamente correlacionados. Cerca de 27,15% de las mujeres entrevistadas experimentaron violencia doméstica y cerca de 38,24% de ellas fueron diagnosticadas con trastornos mentales. La principal asociación encontrada fue entre la ansiedad y la violencia física⁽²⁹⁾. Otra investigación trae resultados semejantes al mostrar que 31,6% de las mujeres violentadas por sus compañeros relataron experiencia de por lo menos dos síntomas de depresión⁽²⁸⁾.

Se observó que los síntomas de humor depresivo ansioso se relacionan con el abuso físico con y sin secuelas. Eso no implica en afirmar que los demás tipos de violencia no deben ser considerados, pues todos pueden de alguna forma, generar impactos en la vida de las víctimas.

Esta investigación no presentó resultados significativos en lo que se refiere a la asociación entre tipos e intensidades de violencia por un compañero íntimo y los síntomas somáticos. Ese dominio es caracterizado por síntomas como dolores de cabeza, insomnio, incomodidad estomacal, mala digestión, falta de apetito y temores en las manos⁽¹¹⁾.

La violencia por un compañero íntimo es un problema común y particularmente prevalente entre mujeres. Está relacionada con problemas de salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, uso de sustancias, disturbios alimentares y una serie de condiciones psicosomáticas⁽³⁰⁾.

Un mismo trastorno puede manifestarse de forma distinta en personas diferentes⁽³¹⁾. La literatura muestra que la violencia por un compañero íntimo está fuertemente asociada al disturbio del sueño y a la salud mental⁽³²⁾. Individuos con trastornos mentales también presentan el agravante de poseer relaciones sociales perjudicadas⁽³³⁾. Así, los trastornos psiquiátricos comunes en víctimas de violencia por un compañero íntimo pueden incluir síntomas somáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión⁽³⁴⁾.

Mismo que este estudio no haya mostrado asociaciones estadísticamente significativas entre ningún tipo de violencia por un compañero íntimo y los síntomas somáticos, se considera relevante citar ese dominio, teniendo en cuenta que muchas mujeres y profesionales

de salud llevan en consideración solamente los aspectos físicos de las patologías, sin atender que esos efectos pueden ser síntomas somáticos de disturbios psicológicos.

Fue posible verificar asociaciones significativas entre agresión psicológica, en grados menor y severo; abuso físico sin secuelas, en grados menor y severo; y el abuso físico con secuelas, en grado menor, con la presencia de síntomas de descenso de la energía vital. Se observó también que cuando las violencias psicológica y física fueron severas las chances de la mujer presentar síntomas de descenso de la energía vital aumentar.

Ese dominio es caracterizado por síntomas como cansancio con facilidad, dificultades de tomar decisiones o tener satisfacción en sus tareas, dificultad de pensar y tener sufrimiento con actividades laborales⁽¹¹⁾.

Estudio realizado en Suecia con 573 mujeres que sufrieron violencia por un compañero íntimo apuntó que, entre las mujeres entrevistadas, 45,7% relataron experimentar fatiga y cansancio visibles todos los días o una vez por semana, mientras 29,7% relataron dificultades en dormir y más 18,3% tuvieron dificultades en concentrarse en los últimos 12 meses⁽²⁸⁾.

La violencia física puede tener como consecuencias síntomas de descenso de la energía vital por medio de dificultades de despertar, menor interés en alimentar y socializar con otros⁽³⁵⁾. Estudio realizado con más de 24.000 mujeres encontró una asociación entre violencia por un compañero íntimo y la salud precaria, dificultad para caminar, realizar actividades diarias, pérdida de memoria, mareos y problemas reproductivos⁽³⁶⁾.

Otro estudio desarrollado con 2091 mujeres mostró que cuando se trata de estándar de violencia por un compañero íntimo, la agresión psicológica es más frecuente que agresión física, coacción sexual o lesión⁽³⁴⁾.

Se notó que la severidad de las agresiones contribuye para aumentar las chances de la mujer presentar síntomas de descenso de la energía vital. Así, se nota la importancia de la investigación cuidadosa por parte del equipo de salud frente de casos de violencia por un compañero íntimo para buscar una intervención precoz de esos casos, de forma a evitar el agravio de las consecuencias oriundas dos actos violentos.

Los pensamientos depresivos fueron el dominio de los trastornos mentales comunes que presentó asociación significativa con más tipos e intensidades de violencia por un compañero íntimo, dentro de ellos la agresión psicológica, en grados menor y severo; agresión física sin secuelas, en grados menor y severo; agresión física con secuelas, en grados menor y severo; y coerción sexual, en grado menor. Se resalta que la severidad de las agresiones que tuvieron asociación estadísticamente significativa elevó las chances de mujeres presentar síntomas de pensamientos depresivos.

Se encuadran en ese dominio personas que se sienten incapaces de desempeñar papel útil en la vida,

pierden el interés por las cosas, se sienten inútiles y piensan en dar fin a la propia vida⁽¹¹⁾.

En estudio desarrollado en Francia, con 38.694 individuos, la tristeza fue asociada a problemas psiquiátricos y al suicidio⁽²²⁾. El riesgo de suicidio es significativamente mayor entre individuos con mala salud física y/o mental⁽³³⁾. Otro estudio mostro que 42% de las mujeres, que sufrieron violencia por un compañero íntimo, relataron ideación suicida y 31% relataron haber tentado suicidio en algún momento de su vida⁽³⁷⁾. Una revisión sistemática reciente también apuntó que mujeres que fueron expuestas a la violencia por un compañero íntimo pueden estar en alto riesgo de muerte por suicidio⁽³⁸⁾.

Estudio con 134 mujeres en una ciudad de la Costa del Golfo-EUA mostro que 28% de la muestra relataron tentativa de suicidio e 20% afirmaron tener ideación suicida. Las correlaciones indicaron que el de la ideación y las tentativas de suicidio fueron ampliamente asociadas al control coercitivo por parte do compañero⁽³⁹⁾.

El abuso psicológico, incluyendo controlar el comportamiento es tan perjudicial para la salud de la mujer cuanto otras formas de violencia por un compañero íntimo. Es usado por el perpetrador para obtener obediencia y dependencia, además de generar privación de aspectos importantes en la vida cotidiana de la mujer, como recursos económicos, vida social y derecho a trabajo remunerado⁽⁴⁰⁾.

Estudio realizado con 390 mujeres adultas en Pernambuco mostro que la incidencia de trastornos mentales comunes fue de 44,6% entre las mujeres que relataron violencia por un compañero íntimo en los últimos 12 meses y 43,4% en los últimos siete años. Los disturbios mentales permanecieron asociados a la violencia psicológica, mismo en la ausencia de violencia física o sexual. Entre tanto, cuando la violencia psicológica fue concomitante a la violencia física o sexual, el riesgo de trastornos mentales comunes fue aún mayor⁽⁴¹⁾.

Es primordial destacar que mujeres expuestas al control de comportamiento poseen mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión⁽²⁸⁾. Esta es clasificada por la Organización Mundial de Salud como el principal contribuyente para muertes por suicidio⁽²⁴⁾. Estudio longitudinal, nacionalmente representativo, desarrollado en Corea, mostro que mujeres víctimas de violencia por un compañero íntimo poseen cuatro veces más chances de presentar síntomas de depresión y aproximadamente siete veces mayor propensión de tener ideación suicida, cuando comparadas a las mujeres que no experimentar violencia por un compañero íntimo⁽⁴²⁾.

Mujeres expuestas a condiciones físicas y sexuales de violencia también son más susceptibles a síntomas depresivos⁽²⁸⁾. Estudio realizado con 1.049 mujeres en la Tanzania corrobora con esa información al mostrar que violencia física y sexual fueron asociadas al aumento del relato de síntomas de mala salud mental⁽⁴³⁾.

Sin embargo, es relevante resaltar que las parejas, muchas veces, no mencionan temas como violencia sexual, mismo cuando están presentes⁽²⁶⁾. Fato que contribui para que mulheres que experimentaram abuso sexual, también, apresentem maior risco de suicídio⁽⁴⁴⁾.

Estudio mostro que violencia sexual fue asociada a la mayor gravedad de los síntomas de trastorno de estrés post-traumático⁽²⁸⁾. En un estudio realizado en Australia con 230 mujeres adultas, pero de la mitad de la muestra tenía experimentado por lo menos un incidente de violencia sexual. La mayoría relató caricias indeseadas y ser forzada al sexo debido a la presión y coerción por parte del compañero. Otra forma de violencia sexual encontrada en esa investigación fue el hecho del compañero recusar el uso do preservativo cuando se le pidió a hacerlo. Las mujeres que experimentaron violencia sexual tuvieron mayor probabilidad de tener ansiedad, se sintieron abatidas, deprimidas o sin esperanza⁽⁴⁵⁾.

La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre esas mujeres sugiere que todas las formas de violencia sexual deben ser consideradas como un factor potencial importante para la sospecha de trastornos mentales comunes⁽⁴⁵⁾. Los eventos estresantes de la vida, especialmente pérdidas personales, negligencia y abuso físico, emocional o sexual, aumentan la probabilidad de enfermedad mental al tornarse la respuesta cerebral más intensa y hipersensible al estrés⁽³¹⁾.

Otro estudio desarrollado en Australia con 1163 mujeres destacó que la gravedad de la lesión en mujeres agredidas por compañeros íntimos es mayor que la de la lesión provocada por terceros, de modo que fue observada una lesión moderada o grave en 30,4% de mujeres abusadas sexualmente por compañeros íntimos, 16,4% por extraños y 14,9% por amigos/ conocidos⁽⁴⁶⁾.

Estudio realizado en Rasht, en Irán, con un total de 2.091 mujeres casadas mostro que el tipo de violencia por compañero íntimo más prevalente fue la agresión psicológica, pero estuvieron presentes también a la agresión física, coacción sexual o lesión. Los dominios de los trastornos mentales comunes en las víctimas de violencia por el compañero íntimo fueron significativamente afectados en los siguientes aspectos: síntomas somáticos ansiedad/insomnio, disfunción social y depresión. El abuso psicológico y sexual fueron predictores de todos esos aspectos de la salud mental, excepto da disfunción social⁽³⁴⁾.

Así, la prevalencia de los diferentes tipos de violencia por el compañero íntimo entre mujeres es bastante elevada. Las descubiertas de que los abusos psicológico, físico y sexual son frecuentemente experimentados simultáneamente y que todos los tipos de violencia pueden resultar en problemas de salud mental sugieren que los profesionales de salud deben visualizar todas las víctimas de violencia por un compañero íntimo como potenciales sospechas de disfunción de salud mental⁽³⁴⁾.

Cuanto más grave es la violencia, más elevado es el riesgo de traumas psicológicos. Formas más severas y recientes de violencia producen síntomas más graves de trauma, especialmente disturbios de ansiedad. En el caso de ansiedad fóbica, los síntomas desaparecen a lo largo del tiempo, independientemente de la gravedad de la victimización⁽⁴⁷⁾. Eso indica que la resolución de los problemas protege a las personas de eventos estresantes de la vida⁽³¹⁾.

Una investigación desarrollada en España con 10.171 mujeres, muestra representativa nacional, mostró que el comportamiento de control, las violencias física y sexual actuales, también, fueron asociados con la más alta probabilidad de relatar resultados de mala salud emocional, cuando comparados a la violencia anterior⁽⁴⁸⁾.

Se observó que tanto la violencia psicológica cuanto la física y la sexual elevaron las chances de mujeres tener síntomas de pensamientos depresivos. Ese fue el único dominio que presentó asociación con esos tres tipos de violencia. Eso se torna preocupante cuando se considera que dentro de los síntomas de este dominio de los trastornos mentales comunes está la ideación suicida. Por la gravedad de los síntomas presentados es indispensable que gestores y profesionales de salud busquen estrategias para captación y acompañamiento de esas mujeres, contribuyendo de esa forma, para el enfrentamiento de ese agravio por medio del empoderamiento femenino.

Después de una discusión presentada, se sugiere que estudios más específicos sobre idea de suicida y demás síntomas de pensamientos depresivos relacionados con violencia por compañero íntimo entre mujeres sean realizados. A partir del conocimiento profundizado sobre la temática será posible el desarrollo de estrategias más eficaces por parte de los profesionales de salud.

De las limitaciones presentadas por el estudio, está el hecho del SRQ-20 específicamente rastrear casos sospechosos de trastornos mentales comunes. A pesar del SRQ-20 tener patrones considerados confiables para estudios de prevalencia, lo ideal para diagnóstico sería la consulta con un psiquiatra. Sin embargo, esa limitación no disminuye la importancia de los resultados alcanzados en este trabajo, teniendo en cuenta que al identificar casos sospechosos el equipo multi-profesional podrá encaminar las pacientes para consulta especializada.

Se resalta que este estudio no posee poder de generalización para la población general, teniendo en cuenta que fue desarrollado apenas con mujeres adultas de cinco ciudades de Piauí, a pesar de la muestra haber sido seleccionada de forma aleatoria y ser representativa de la población-objetivo, hecho que da validez interna al estudio. Se recomienda, de esa forma, el desarrollo de estudios multi-céntricos sobre esa temática con mujeres de diferentes regiones.

Los profesionales de la salud, en especial aquellos que actúan en la atención primaria y salud mental, son fundamentales para el cuidado. El equipo de salud debe estar preparado para reconocer casos de violencia por un compañero íntimo y los dominios de trastornos mentales comunes para atender de forma eficaz a esas mujeres, de modo a no solamente identificar la violencia, como también notificar, prevenir secuelas, buscar recursos para organizar proyectos terapéuticos y si necesario, encaminar a las víctimas a los servicios de apoyo más adecuados a la situación de violencia o de salud mental. Eso contribuirá para que víctimas de violencia por un compañero íntimo adopten comportamientos que auxilien en la conquista de su autonomía y protección de su bien estar.

Conclusión

Se observó que los diferentes tipos e intensidades de violencia por el compañero íntimo se asocian con los dominios de los trastornos mentales comunes en mujeres, de modo que fueron observadas relaciones entre las violencias psicológica, física y sexual (en grado menor y severo) y los síntomas de humor depresivo ansioso, descenso de la energía vital y pensamientos depresivos.

Por lo tanto, se nota que fue de suma relevancia analizar de forma específica cuál es el tipo e intensidad de violencia que se relacionan con los diferentes dominios de trastornos mentales comunes. Eso podrá contribuir para intervenciones más precisas por parte de los profesionales de salud a mujeres víctimas de formas singulares de violencia. Vale destacar que tanto el grado menor cuanto el grado severo de la violencia por un compañero íntimo fueron asociados con el desarrollo de síntomas de trastornos mentales comunes en sus diferentes dominios.

Eso torna posible afirmar que aunque la violencia sufrida sea considerada leve, puede desencadenar efectos psicológicos degradantes en la vida de mujeres agredidas. Ese aspecto merece atención de profesionales de la salud que a veces observan solamente aspectos físicos severos de la violencia por un compañero íntimo, sin atender para las consecuencias psicológicas y sexuales. Estas en muchas situaciones, son de negligencia por ser consideradas privativas de la vida personal de la pareja.

Referencias

1. Coutinho LMS, Matijasevich A, Sczufca M, Menezes PR. Prevalence of common mental disorders and the relationship to the social context: multilevel analysis of the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 Sept [cited Sept 30, 2016]; 30(9): 1875-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1875.pdf>.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5ed. [Internet]. Porto Alegre: Artmed; 2014 [cited Jan 3, 2018]. Available from: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>.
3. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (CID-10). [Internet]. Genebra: WHO; 2016 [cited Jan 3, 2018]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
4. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. [Internet]. 2013 Jun 4 [cited Feb 28, 2017]; 13 (163): 1-14. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-13-163?site=bmcp psychiatry.biomedcentral.com>.
5. Gonçalves DM, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 Mar [cited Nov 22, 2017]; 30 (3): 623-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>.
6. Gage SH, Hickman M, Heron J, Munafò MR, Lewis G, Macleod J, et al. Associations of cannabis and cigarette use with depression and anxiety at age 18: findings from the avon longitudinal study of parents and children. *PLoS ONE*. [Internet]. 2015 Apr 13 [cited Aug 6, 2017]; 10(4): 1-13. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0122896&type=printable>
7. Kasckow JW, Karp JF, Whyte E, Butters M, Brown C, Begley A, et al. Subsyndromal depression and anxiety in older adults: health related, functional, cognitive and diagnostic implications. *J Psychiatr Res*. [Internet]. 2013 May [cited Feb 28, 2017]; 47(5): 599-603. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414701>.
8. Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, Bair MJ, Wu J, Chumbler N, et al. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*. [Internet]. 2013 Jul-Aug [cited Feb 28, 2017]; 35(4): 359-65. Available from: [http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343\(13\)00101-1/fulltext](http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(13)00101-1/fulltext).
9. Aillon JL, Ndetei DM, Khasakhala L, Ngari WN, Achola HO, Akinyi S, et al. Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Internet]. 2014 Aug [cited Feb 28, 2017]; 49 (8): 1257-68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23959589>.
10. Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2014 May-Jun [cited Feb 28, 2017]; 27(3):200-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0200.pdf.
11. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2009 Jan [cited Apr 2, 2017]; 25 (1): 214-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/23.pdf>.
12. Zanello V, Fiuza G, Costa HS. Gender and mental health: gendered facets of psychological suffering. *Fractal Rev Psicol*. [Internet]. 2015 Sept- Dec [cited Jan 9, 2018]; 27(3): 238-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n3/1984-0292-fractal-27-3-0238.pdf>.
13. Vidal CEL, Amara B, Ferreira DP, Dias IMF, Vileta LA, Franco LR. Predictors of probable common mental disorders (CMD) in sex workers using the Self-Reporting Questionnaire. *J Bras Psiquiat*. [Internet]. 2014 Jul-Sept [cited Aug 4, 2017]; 63 (3): 205-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n3/0047-2085-jbpsiq-63-3-0205.pdf>.
14. Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. [Internet]. 2014 Sept 12 [cited Feb 28, 2017]; 5 (24794): 1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163751/>.
15. Ludermir AB, Valongueiro S, Araújo TVB. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2014 Feb [cited Sept 30, 2017]; 48 (1): 29-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0029.pdf>.
16. Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PLOS ONE*. [Internet]. 2017 Apr 6 [cited Dec 12, 2017]; 12(4): 1-19. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0175240&type=printable>.
17. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalence of psychological disorders among women according to socio demographic and housework characteristics. *Rev Bras Saúde Matern. Infant*. [Internet]. 2005 Jul/ Set [cited Jan 9, 2018]; 5 (3): p.337-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>.
18. Guirado GMP, Pereira NMP. Use of the Self-Reporting Questionnaire (SQR-20) for determination of physical and psycho-emotional symptoms in employees of a metallurgical industry located at Vale do Paraíba – Sao Paulo state – Brazil. *Cad Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 Mar [cited Mar 7, 2017]; 24 (1): 92-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-92.pdf>.

19. Paiva CA, Figueiredo B. Portuguese version of "revised conflict tactics scales": validation study. *Psicol Teoria Prat.* [Internet]. 2006 Dec [cited May 2, 2017]; 8 (2): 14-39. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000200002#2a.
20. Straus MA, Hamby S, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues.* [Internet]. 1996 May [cited Jan 20, 2017]; 17 (3): 283-316. Available form: <http://cowex.ca/userfiles/Conflict%20Tactics%20Scale%20-%20Strauss%20et%20al.pdf>.
21. Alexandra C, Figueiredo B. Portuguese version of "revised conflict tactics scales": validation study. *Psicol Teoria Prática.* [Internet]. 2006 Dec [cited May 20, 2017]; 8(2): 14-39. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v8n2/v8n2a02.pdf>.
22. Tebeka S, Pignon B, Amad A, Strat YL, Brichant-Petitjean C, Thomas P, et al. A study in the general population about sadness to disentangle the continuum from well-being to depressive disorders. *J Affect Disord.* [Internet]. 2018 Jan 15 [cited Jan 30, 2018]; 226: 66-71. Available from: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(17\)31316-2/fulltext](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(17)31316-2/fulltext)
23. McGorry P, Nelson B. Why we need a transdiagnostic staging approach to emerging psychopathology, early diagnosis, and treatment. *JAMA Psychiatry.* [Internet]. 2016 Mar [cited Jan 3, 2018]; 73(3): 191-2. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2481380?redirect=true>.
24. Verduin F, Engelhard EA, Rutayisire T, Stronks K, Scholte WF. Intimate Partner Violence in Rwanda: The Mental Health of Victims and Perpetrators. *J Interpers Violence.* [Internet]. 2013 Jun [cited Mar 22, 2018]; 28(9):1839-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23266996>.
25. Krahé B. Violence against women. *Current Opinion in Psychology.* [Internet]. 2018 Feb [cited Jan 3, 2018]; 19: 6-10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X17300489>
26. Naves ET. Women and Violence. A Subjective Devastation. *Rev Subjetividades.* [Internet]. 2014 Dec [cited Mar 22, 2018]; 14(3): 454-62. Available from: <http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4483/3535>.
27. Sullivan TP, Weiss NH. Is Firearm Threat in Intimate Relationships Associated with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Women? *Violence Gend.* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited Jan 11, 2018]; 4 (2): 31-6. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/vio.2016.0024>.
28. Lövestad S, Löve J, Vaez M, Krantz G. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health.* [Internet]. 2017 Apr 20 [cited Jan 3, 2018]; 17 (335): 1-11. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-017-4222-y?site=bmcpublihealth.biomedcentral.com>.
29. Ferraro AA, Rohde LA, Polanczyk GV, Argeu A, Miguel EC, Grisi SJFE, et al. The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health. *BMC Pregnancy and Childbirth.* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited Jan 12, 2018]; 17 (257): 1-10. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1438-x?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>.
30. Stewart DE, Vigod SN. Mental Health Aspects of Intimate Partner Violence. *Psychiatr Clin North Am.* [Internet]. 2017 Jun [cited Jan 2, 2018]; 40(2): 321-34. Available from: [http://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X\(17\)30012-6/pdf](http://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X(17)30012-6/pdf).
31. Juruena MF. The Diagnosis of Mental Disorders. *Medicina (Ribeirão Preto, Online).* [Internet]. 2017 Jan-Feb [cited Jan 4, 2018]; 50 (Supl.1): 1-2. Available from: <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/editorial-O-Diagnostico-dos-Transtornos-Mentais.pdf>.
32. Lalley-Chareczko L, Segal A, Perlis ML, Nowakowski S, Tal JZ, Grandner MA. Sleep Disturbance Partially Mediates the Relationship Between Intimate Partner Violence and Physical/ Health in Women and Men. *J Interpers Violence.* [Internet]. 2015 Jul 5 [cited Jan 4, 2018]; 32(16): 2471-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710553/pdf/nihms-748341.pdf>.
33. Ongerli L, McCulloch CE, Neylan TC, Bukusi E, Macfarlane SB, Othieno C, et al. Suicidality and associated risk factors in outpatients attending a general medical facility in rural Kenya. *J Affect Disord.* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited Jan 4, 2018]; 225: 413-21. Available from: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(17\)31086-8/pdf](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(17)31086-8/pdf).
34. Soleimani R, Ahmadib R, Yosefnezhad A. Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Psychol Health Med.* [Internet]. 2017 Aug [cited Jan 4, 2018]; 22(7): 845-50. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2016.1263755?scroll=t-op&needAccess=true>.
35. Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull.* [Internet]. 2014 May [cited Jan 11, 2018]; 140(3): 774-815. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4006295/pdf/nihms561676.pdf>.
36. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet.* [Internet]. 2008 Apr 5 [cited Jan 4, 2018]; 371(9619): 1165-72. Available from: <https://ac.els-cdn.com/>

- S014067360860522X/1-s2.0-S014067360860522X-main.pdf?_tid=16508ed2-f225-11e7-a114-0000aab0f6c&acdnt=1515162865_67b1f4e0f8207e58237ee66262f26375.
37. Karakurt G, Smith D, Whiting J. Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *J Fam Viol*. [Internet]. 2014 Oct [cited Jan 4, 2018]; 29(7): 693-702. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193378/pdf/nihms622820.pdf>.
38. Macisaac MB, Bugeja LC, Jelinek GA. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review. *Aust N Z J Public Health*. [Internet]. 2017 Feb [cited Jan 4, 2018]; 41(1): 61-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1753-6405.12594/pdf>.
39. Wolford-Clevenger C, Smith PN. The conditional indirect effects of suicide attempt history and psychiatric symptoms on the association between intimate partner violence and suicide ideation. *Pers Individ Dif*. [Internet]. 2017 Feb 1 [cited Jan 4, 2018]; 106: 46-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5647881/pdf/nihms875268.pdf>.
40. Stark E. Looking beyond domestic violence: policing coercive control. *J Police Crisis Negotiations*. [Internet]. 2012 Oct 19 [cited Jan 3, 2018]; 12(2): 199-217. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15332586.2012.725016?scroll=top&needAccess=true>.
41. Mendonça MFS, Ludermir AB. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2017 Mar 22 [cited Jan 2, 2018]; 51(32): 1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396502/pdf/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006912.pdf>.
42. Park GR, Park E, Jun J, Kim N. Association between intimate partner violence and mental health among Korean married women. *Public Health*. [Internet]. 2017 Nov [cited Jan 4, 2018]; 152: 86-94. Available from: [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(17\)30261-5/pdf](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(17)30261-5/pdf).
43. Kapiga S, Harvey S, Muhammad AK, Stöckl H, Mshana G, Hashim R, et al. Prevalence of intimate partner violence and abuse and associated factors among women enrolled into a cluster randomized trial in northwestern Tanzania. *BMC Public Health*. [Internet]. 2017 Feb 14 [cited Jan 2, 2018]; 17(190): 1-11. Available from: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-017-4119-9?site=bmcpubhealth.biomedcentral.com>.
44. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*. [Internet]. 2013 May 7 [cited Jan 4, 2018]; 10 (5): 1-11. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001439&type=printable>.
45. Tarzia L, Maxwell S, Valpied J, Novy K, Quake R, Hegarty K. Sexual violence associated with poor mental health in women attending Australian general practices. *Aust N Z J Public Health*. [Internet]. 2013 Oct [cited Jan 4, 2018]; 41 (5): 518-23. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1753-6405.12685/epdf>.
46. Zilkens RR, Smith DA, Kelly M, Mukhtar SA, Semmens JB, Phillips MA. Sexual assault and general body injuries: A detailed cross-sectional Australian study of 1163 women. *Forensic Sci Int*. [Internet]. 2017 Oct [cited Feb 4, 2018]; 279: 112-20. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0379073817303006/1-s2.0-S0379073817303006-main.pdf?_tid=a1053800-0dcf-11e8-b870-0000aab0f01&acdnt=1518204784_c3c7695ec69aae49eeae431b4a0dce31.
47. Moya A. Violence, psychological trauma, and risk attitudes: Evidence from victims of violence in Colombia. *J Develop Econ*. [Internet]. 2018 Mar [cited Feb 4, 2018]; 131: 15-27. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0304387817300949/1-s2.0-S0304387817300949-main.pdf?_tid=0ad82aae-f227-11e7-981d-0000aab0f6b&acdnt=1515163696_7f252d2d6200f5616b2074d3e18fc937.
48. Rio ID, Valle ESG. The Consequences of Intimate Partner Violence on Health: A Further Disaggregation of Psychological Violence-Evidence From Spain. *Violence Against Women*. [Internet]. 2017 Oct 11 [cited Feb 8, 2018]; 23(14): 1771-89. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801216671220>.

Recibido: 15.04.2018

Aceptado: 24.09.2018

Autor correspondiente:

Ariane Gomes dos Santos

E-mail: arianeg.santos@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0191-8388>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.