



Recibido: 02 de junio de 2011
Aceptado: 21 de junio de 2011

Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo

Armando Cepeda-Silva,* Francisco Morales-Carmona,† María Consuelo Henales-Almaraz,§
Sara Méndez-Cabello ‖

* Médico especialista en Cirugía General, con Maestría en Ciencias Médicas y Maestría en Educación, diplomado en violencia familiar y derechos humanos, diplomado en Bioética. Cirujano adscrito al Departamento de Tococirugía, INPer.

† Doctor en Psicología Clínica, especialista en Psicoanálisis, Jefe del Departamento de Psicología INPer.

§ Lic. Psicología con diplomado en violencia familiar, Psicóloga adscrita al programa de Violencia Familiar INPer.

‖ Médico familiar con maestría en terapia familiar, Coordinadora de Vinculación y Gestión Institucional INPer.

RESUMEN

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que influye en la morbilidad materna y perinatal. **Objetivo:** Establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas. **Material y métodos:** Estudio de cohorte de 250 pacientes (125 sin violencia y 125 con violencia). Se calcularon riesgos relativos, Chi cuadrada y análisis de residuos de regresión lineal. **Resultados:** La violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de peso bajo (IC al 95% de 1.086 a 3.956) y cinco veces las toxicomanías (IC al 95% de 1.811 a 14.447). También se documentó la asociación con óbitos y trauma abdominal (residuos tipificados). **Conclusión:** La violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas).

Palabras clave: Violencia familiar durante el embarazo, peso bajo al nacimiento, complicaciones maternas.

ABSTRACT

Spouse abuse during pregnancy has been associated with an increment in complications for mother and baby, including low birth weight, obitus, abortus, preterm delivery, infections, abruptio placentae and preeclampsia. The present **objective** is to study the association of spouse abuse during pregnancy with low birth weight and maternal complications. We conducted a cohort study of 250 pregnant women, observing for physical abuse during pregnancy an RR of 2.073 for low weight birth (95% CI 1.086-2.073); for substance abuse during pregnancy an RR of 5.116 (95% CI 1.811-14.447). We also observe an statistical association with obitus and abdominal trauma. **Conclusion:** Spouse abuse during pregnancy significantly increases the risk for low birth weight, obitus, abdominal trauma and substance abuse. **Recommendations:** There is enough evidence supporting screening for spouse abuse during pregnancy as part of the standard medical evaluation.

Key words: Spouse abuse, low birth weight, maternal complications.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres y sus recién nacidos.¹

El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial

la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%, según la población estudiada; las definiciones de violencia y los métodos empleados para medirla muestran en nuestro país una prevalencia del 15 al 32.1%, reportándose en el Instituto Nacional de Perinatología una incidencia del 21.5% (Henales 2007).²

La asociación entre violencia familiar durante el embarazo, peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas al nacimiento, ha sido observada y repor-

tada; sin embargo, su estudio es incompleto, aun derivado de las diferencias para definir y medir la violencia intrafamiliar, el momento de hacerlo y el difícil control de las variables confusoras.^{3,4}

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

a) *Primarios:*

- Identificar la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, la obtención de recién nacidos de peso bajo y la presencia de complicaciones maternas durante el embarazo tales como aborto, parto pretérmino, complicaciones infecciosas, desprendimiento de placenta normoinserta, trauma abdominal cerrado, toxicomanías y preeclampsia.

b) *Secundarios:*

- Describir las características de la población embarazada víctima de violencia familiar que acude para su atención al INPer en relación a edad materna, edad de la pareja, estado civil, escolaridad materna y de la pareja, ocupación materna y de la pareja, nivel socioeconómico, número de gestaciones y tipo de violencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

a) *Tipo de estudio:* Se realizó un estudio de cohorte abierto (observacional, longitudinal, analítico), compuesto por 250 pacientes embarazadas que acudieron para su atención obstétrica al INPer (25 con violencia familiar y 125 sin violencia familiar). El protocolo del trabajo fue analizado y aceptado por los comités de investigación y ética de Instituto.

b) *Cálculo del tamaño muestral:* Se calcula por diferencia de proporciones, ajustándose un 15% para posibles pérdidas de seguimiento, con un alfa de 0.05 y beta de 0.20 (*Fernández Pita 2008*).⁵ Para conocer la proporción esperada del desenlace en los grupos de estudio tomamos de referencia el estudio en población mexicana de Rosario Valdez Santiago, publicado en la Revista de Salud Pública de México en 1996.^{6,7}

c) *Reclutamiento:* Se incluyeron pacientes embarazadas durante el 1º y 2º trimestre del embarazo, captadas al acudir a la consulta externa del INPer de manera secuencial hasta completar el tamaño muestral para ambos grupos (muestreo por conveniencia).

Personal capacitado explicó a las pacientes los objetivos y dinámica del estudio, firmando la carta de consentimiento bajo información en caso de aceptar participar en el estudio y en caso de no hacerlo se continuó proporcionando la atención médica a las pacientes sin prejuicio alguno para ellas.

d) *Diagnóstico de violencia familiar:* Se estableció en el departamento de psicología del INPer de acuerdo a los siguientes criterios (Herales 2007):²

- El resultado de los instrumentos de tamiz son positivos (Women Abuse Screenieng Tool en español de 2 preguntas-Fogarty 2002).⁸ Instrumento para detección de violencia familiar del Instituto Nacional de Psiquiatría-Natera 2004).⁹
- Existen evidencias directas o indirectas de maltrato (ansiedad, depresión, problemática de pareja, dependencia emocional, etc.).
- Las manifestaciones corresponden a un evento y persona real que las provoca.

Las pacientes detectadas como portadoras de violencia familiar se integran al programa específico de apoyo institucional a través de terapia personal o grupal así como referencia a las unidades para la atención de violencia familiar para asesoría legal, de acuerdo a las necesidades individuales.

e) *Seguimiento de la cohorte:* Se realizó seguimiento pasivo de las pacientes a través de los registros del expediente clínico en consulta, urgencias y tococirugía, para la detección de complicaciones maternas hasta la resolución obstétrica, momento en el que se obtienen los datos de peso al nacimiento (considerándose peso bajo aquellos de 1,500 a 2,499 gramos) y los relativos a la resolución obstétrica.

Los datos obtenidos se codifican y se guardan bajo llave con acceso sólo para el investigador principal para proteger la identidad y datos de las pacientes.

f) *Análisis estadístico:*

- Para cubrir los objetivos primarios Se utilizó la determinación de riesgos relativos con intervalos de confianza al 95% para establecer asociaciones, así como prueba de Chi cuadrada y análisis de residuos de regresión logística, con el apoyo de la paquetería específica del SPSS 15 (Statistical Package for Social Studies).
- Para cubrir los objetivos secundarios Medidas de tendencia central para conocer las características de las cohortes, Estadística no paramétrica para comparación basal de variables ordinales y nominales, t de Student para variables continuas.

g) *Aspectos éticos:* En la realización del presente estudio se tomaron en cuenta las disposiciones nacionales vigentes contenidas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (RLGSIS); así prevaleció el criterio de respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar de la paciente, de acuerdo a lo enunciado en el artículo 13 de dicho reglamento y los relativos al cuidado y protección de las mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos contenidos en los artículos 42 a 56 de dicho reglamento.¹⁰

RESULTADOS

a) Descripción de la muestra

Se obtuvo una muestra de 250 pacientes por conveniencia, embarazadas, durante el primero o segundo trimestre, que acudieron para su atención obstétrica al INPer; 125 pacientes correspondieron al grupo de violencia y 125 al grupo de no violencia.

La media para la edad materna al inicio del estudio fue de 26.62 años, con modas a los 15 y 25 años de edad.

La media para la edad de la pareja es de 29.448, con modas a los 25 y 28 años de edad.

El estado civil predominante es el de soltera con un 36%, seguido por el de casada con un 34.8% y el de unión libre con un 27.2%.

La escolaridad materna se ubica predominantemente en el nivel secundaria (43.2%) y preparatoria (37.6%), llamando la atención que el nivel educativo observado en las mujeres es mayor que el de sus parejas, diferencia que mediante estadística no paramétrica (Wilcoxon, signos y McNemar) es estadísticamente significativa.

La ocupación predominante entre las mujeres fue el hogar, con un 71.2% y un porcentaje de desempleo del 0.8%, mientras que en sus parejas fue el empleo informal con un 48.8%, con un porcentaje de desempleo del 8.4% y un porcentaje de trabajadores del sector formal del 31.6%.

El nivel socioeconómico determinado por el departamento de trabajo social se distribuyó sin diferencias estadísticamente significativas entre bajo, intermedio y alto, con ligero predominio del nivel medio (38.4%).

En relación a las semanas de gestación al inicio del estudio la media fue de 15 semanas, con moda a las 12 semanas y el percentil 75 a las 18 semanas.

Para el número de gestaciones, en nuestra población estudiada el 48% fue primigesta y el 22% secundigesta, cumpliendo el 56% criterios para considerarse como embarazos de alto riesgo desde su ingreso al Instituto. Las condiciones más frecuentes para determinar embarazo de alto riesgo incluyen el embarazo adolescente, con una incidencia del 14.8%, la diabetes gestacional 10.8%, preclampsia con un 8.4% y la edad materna avanzada con un 8%.

El tipo de violencia más observado en nuestra población fue el psicológico con un 56%, seguido del físico con un 27% (*Cuadro I*).

Cuadro I. Tipos de violencia observados en nuestra población embarazada.

Tipo de violencia	Frecuencia	Porcentaje válido
Física	34	27.0
Psicológica	70	56.0
Psicológica y económica	2	1.6
Física y psicológica	12	9.0
Física y sexual	3	2.4
Física, psicológica y sexual	4	3.2

b) Comparación basal de grupos

Los grupos de pacientes con y sin violencia se compararon tanto para sus características generales como para los antecedentes de embarazo de alto riesgo, que pudieran influir en la presencia de peso bajo al nacimiento y/o complicaciones maternas, no encontrando diferencias entre ambos grupos, por lo que se consideran comparables entre sí para los desenlaces de peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas.

c) Comparación entre grupos para peso bajo al nacimiento

En el grupo de violencia física, comparado con aquellos donde no se presenta se observó una diferencia estadísticamente significativa (0.025) con residuos tipificados de 1.7 a favor del grupo con violencia física que presenta peso bajo al nacimiento, además de un riesgo relativo de 2.073 para peso bajo al nacimiento con un intervalo de confianza al 95% de 1.086 a 3.956 (*Cuadro II*).

d) Comparación entre grupos para complicaciones maternas

Se observa un incremento en la incidencia de óbitos en el grupo con violencia durante el embarazo, mediante el análisis de residuos tipificados (1.1), no correlacionando con alguna

otra prueba estadística; misma situación que se observa para la presencia de trauma abdominal (1.0) (*Cuadro III*).

Para el grupo de violencia física, comparado con los que no tienen violencia física se observó una diferencia estadísticamente significativa (0.001) con residuos tipificados de 2.9 a favor del grupo con violencia física que presenta toxicomanías durante el embarazo (16.1% vs 3.6%); además se obtuvo un riesgo relativo de 5.116 para toxicomanías con un intervalo de confianza al 95% de 1.811 a 14.447. (*Cuadro IV*).

DISCUSIÓN

Asociación entre violencia familiar y recién nacidos de peso bajo al nacimiento

De acuerdo a lo reportado en la literatura,^{4,11-24} se ha documentado que en el grupo de pacientes con violencia familiar de tipo físico se ha incrementado en 2 veces la incidencia de recién nacidos de peso bajo al nacimiento, excluyendo los casos de prematuridad y controlando los de embarazo de alto riesgo, dentro de las pacientes que acuden para su atención al INPer, lo que constituye una aportación original en nuestro medio.

Para los otros tipos de violencia no se logra documentar esta asociación en nuestra población de estudio.

Cuadro II. Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto al peso bajo al nacimiento.

	Sí violencia física	No violencia física	Totales
Sí peso bajo al nacimiento	Recuento: 20 Residuos: 1.7 Porcentaje: 35.7%	41 -0.9 21.1%	61
No peso bajo al nacimiento	Recuento: 36 Residuos: -1.0 Porcentaje: 64.3%	153 0.5 78.9%	189
Totales	56	194	250

Asociación entre violencia familiar y complicaciones maternas

Para complicaciones maternas en general, como variable dicotómica no fue posible establecer ninguna asociación con la presencia de violencia durante el embarazo; sin embargo, al separarla por tipo de complicación se encontró que entre las pacientes con violencia familiar de tipo físico se encontraba cinco veces más frecuente la incidencia de toxicomanías (entre las que predominó el tabaquismo) que en el grupo no violentado físicamente, más elevado que lo encontrado en la literatura universal. Para el resto de las complicaciones se lograron identificar diferencias estadísticamente significativas para la presencia de óbitos y de trauma abdominal en el grupo violentado.

Para el resto de las complicaciones reportadas en la literatura como lo son la amenaza de parto pretérmino, el aborto y las infecciones del tracto genitourinario,^{4,11-24} no logramos establecer asociaciones, probablemente por los antecedentes médicos de nuestras pacientes que dificultaron el poderlas asociar específicamente con el antecedente de violencia familiar durante el embarazo.

Aspectos sociodemográficos

En el INPer se atienden pacientes con niveles socioeconómicos altos, medios y bajos, en aproximadamente la misma proporción, lo que permite estudiar el fenómeno de la violencia durante el embarazo en dichos estratos sociales, no limitándose a sólo uno de ellos.

Cuadro III. Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a complicaciones maternas.

	Sí violencia física	No violencia física	Totales
Trauma abdominal	Recuento: 2 Residuos: 1.0 Porcentaje: 1.6%	0 -1.0 0%	2
Intento de suicidio	Recuento: 1 Residuos: 0.7 Porcentaje: 0.8%	0 -0.7 0%	1
Preeclampsia	Recuento: 10 Residuos: -0.2 Porcentaje: 8.0%	11 0.2 8.8%	21
Óbito	Recuento: 8 Residuos: 1.1 Porcentaje: 6.4%	3 -1.1 2.4%	11
Muerte materna	Recuento: 1 Residuos: 0.7 Porcentaje: 0.8%	0 -0.7 0%	1
No complicaciones maternas	Recuento: 103 Residuos: -0.4 Porcentaje: 82.4%	11 0.4 88.8%	214
Totales	125	125	250

Cuadro IV. Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a la presencia de toxicomanías durante el embarazo.

	Sí violencia física	No violencia física	Totales
Sí toxicomanías	Recuento: 9 Residuos: 2.9 Porcentaje: 16.1%	7 -1.5 3.6%	16
No toxicomanías	Recuento: 47 Residuos: -0.7 Porcentaje: 83.9%	187 0.4 96.4%	234
Totales	56	194	250

El estudio es congruente con los datos poblacionales, donde se observa una alta incidencia de pacientes con embarazo adolescente (14.8%),²² lo que apoya la necesidad del fortalecimiento de unidades operativas especializadas dentro de las unidades de salud para el acompañamiento y manejo de esta población con necesidades especiales.

Encontramos cambios importantes en el patrón clásico de las parejas mexicanas, siendo sólo el 34.8% de nuestras pacientes casadas, distribuyéndose el resto entre solteras y en unión libre, lo que evidencia un cambio social y familiar importante.

El 70% de nuestra población es de pacientes primaria o secundigestas, siendo cada vez más poco frecuente la observación de grandes multiparas.

En relación al grado de escolaridad llama la atención que las mujeres de nuestro estudio tenían un mayor grado que sus parejas, aunque sólo un porcentaje menor (9.6%) tenían empleo dentro del sector formal, reportando la gran mayoría su dedicación exclusiva a las labores del hogar, situación que puede comprometer la autoestima de las mujeres y permitir o perpetuar los círculos de violencia.

Aunque el objetivo primario de la presente investigación no era de corte sociodemográfico, consideramos los hallazgos exploratorios anteriores merecedores de ser investigados formalmente desde el punto de vista cualitativo.

CONCLUSIONES

La violencia física durante el embarazo incrementa en 2.07 veces las probabilidades de tener recién naci-

dos de peso bajo al nacimiento, independientemente de la comorbilidad presentada, con un intervalo de confianza al 95% de 1.08 a 3.95.

La presencia de toxicomanías se encuentra incrementada en 5.11 veces en el grupo con violencia física durante el embarazo, con un intervalo de confianza al 95% de 1.81 a 14.44.

La incidencia de óbitos y trauma abdominal se vio estadísticamente incrementada en los grupos de violencia familiar durante el embarazo al compararse con las pacientes sin esta condición, independientemente de la comorbilidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Subdirección de Intercambio y Extensión Académica del INPer por todo el apoyo en tiempo, espacio, entusiasmo y recolección de datos.

Al Departamento de Psicología del INPer, por su apoyo en la recolección de datos.

Al Programa de Maestría en Ciencias Médicas de la UNAM, por su inspiración.

Al CONACYT por el apoyo en becas que dan vida al programa de Maestría en Ciencias Médicas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

La presente investigación es parte de un proyecto académico para el desarrollo de la maestría en ciencias médicas de la UNAM con apoyo del CONACYT,

instituciones que no participan en el diseño, análisis ni presentación de resultados del estudio.

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Del Río A, Marchetti R. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual: manual operativo. 2da. ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2006; 1: 11-29.
2. Henales MC, Sánchez, Carreño J, Espíndola. Guía Clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. Perinatol Reprod Hum 2007; 21: 88-99.
3. Collado S, Villanueva A. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de peso bajo en el recién nacido. Ginecol Obstet Méx 2007; 75: 259-67.
4. Murphy C, Schei B, Terriol M, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. CMAJ 2001; 164: 1567-72.
5. Pita S. Determinación del trabajo muestral [monografía en Internet], Coruña. Citado en junio del 2008 desde: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras.asp>.
6. Valdez R, Sanin LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública de México 1996; 38: 352-62.
7. Valdez R, Sanin LH. Violencia durante el embarazo. Una doble victimización: en contra de la mujer y del bebé. Victimología 1998; 15: 51-61.
8. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in spanish speaking woman. JABFP 2002; 15: 101-11.
9. Natera G, Juárez F, Tiburcio M. Validez factorial de una escala de violencia a la pareja en una muestra nacional mexicana. Salud Mental 2004; 27: 31-8.
10. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. México. SSA; 1987.
11. Altarac M, Strobino D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birth weight. JAMWA. 2002; 57: 208-14.
12. Campbell J, Torres S, Ryan J, King C, Campbell DW, Stalings RY, et al. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies. Am J Epidemiol 1999; 150: 714-26.
13. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. Pediatric and Perinatal Epidemiology 2004; 18: 260-9.
14. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. Obstetrics and Gynecology 1999; 93: 661-6.
15. Colombo G, Ynoub R, Viglizzo M, Veranda L, Iglesias G, Stropparo P. Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en etapas de embarazo parto y puerperio. Convergencia 2005; 12: 81-107.
16. Chambliss L. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology 2008; 51: 385-97.
17. González-Pérez G, Vega-López MG. Factores de riesgo del peso al nacer desfavorable en áreas periféricas de Guadalajara, México. Cad Saude Pública 1995; 11: 271-80.
18. Janssen PA, Holt V, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson A. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population based study. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 1341-7.
19. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 455-60.
20. Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
21. Núñez H, Monge R, Gríos C, Elizondo AM, Rojas A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Rev Panam Salud Pública 2003; 14: 75-83.
22. Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Instituto Nacional de Salud Pública México. 2003.
23. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US States: associations with maternal and neonatal health. American Journal Obstetrics and Gynecology 2006; 195: 140-8.
24. Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Höglberg U, Ake L. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. Obstetrics and Gynecology 2002; 100: 700-5.

Correspondencia:

Armando Cepeda-Silva

Montes Urales Núm. 800,
Colonia Lomas Virreyes,
Delegación Miguel Hidalgo,
México Distrito Federal 11000
Correo electrónico: corcolos4@hotmail.com
Teléfono : 04455 1118 9714