

Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino

Óscar Javier Parada Ramírez,* Patricio Guerra Ulloa,** Alejandro Vázquez López***

RESUMEN

Antecedentes: la violencia emocional es una realidad en la actualidad. A partir de esta visión, el tema de la violencia se ha incluido en las agendas de discusión de organizaciones internacionales, y se le ha señalado como un problema de salud pública que limita el desarrollo social y económico de las sociedades; asimismo, tiene efectos directos en la salud de los seres humanos.

Objetivo: identificar la asociación de la violencia intrafamiliar de tipo emocional con la amenaza de parto pretérmino, así como evaluar su repercusión en el embarazo.

Material y métodos: se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional que abarcó de noviembre de 2008 a enero de 2009; en el estudio se incluyeron pacientes con amenaza de parto pretérmino y violencia emocional.

Resultados: de las 50 mujeres estudiadas, 19 sufrían violencia emocional. Se determinaron las características de residencia, edad gestacional, dinámica uterina, condiciones cervicales, escolaridad, ocupación de las pacientes y de su pareja, así como si eran víctimas de violencia emocional. Posteriormente se analizaron los datos recopilados mediante porcentajes de los grupos que padecieron o no violencia emocional.

Conclusiones: se encontró que en el grupo de estudio con violencia la existencia de esta variable no es tan frecuente como para ser determinante de amenaza de parto pretérmino.

Palabras clave: violencia emocional, embarazo, amenaza de parto pretérmino.

ABSTRACT

Background: Emotional violence is a documented reality in our days. From this point of view, the theme of violence has being included in the agendas of discussion of international organizations, pointing it as a problem of public health that limits the social and economic development in the societies, as well having direct effects in the health of human beings.

Objective: To identify the association of intra-family violence of emotional type with the threat of preterm childbirth and evaluate its repercussion during pregnancy.

Material and methods: We performed a prospective, transversal and observational study during the period from November 2008 to January 2009 with patients diagnosed with threat of preterm labor and emotional violence.

Results: 19 of 50 patients suffered emotional violence. We determined the following characteristics: residency, gestational age, uterine dynamic, cervical conditions, schooling, occupation, as well as the presence of emotional violence. Collected data were analyzed in order to obtain percentages about groups with and without emotional violence.

Conclusions: It was found in the study group with violence that the presence of this variable is not so frequent as to be a determinant of preterm labor risk.

Key words: emotional violence, pregnancy, preterm labor.

* Médico residente.

** Médico adscrito.

*** Médico adscrito y coordinador del servicio.
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Óscar Javier Parada Ramírez. Eje 3 Oriente núm. 1433, colonia Residencial Cafetales, CP 04918, México, DF. Correo electrónico: emtparada@hotmail.com

Recibido: agosto, 2011. Aceptado: enero, 2012.

Este artículo debe citarse como: Parada-Ramírez ÓJ, Guerra-Ulloa P, Vázquez-López A. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Rev Esp Med Quir 2012;17(1):39- 43.

Hasta hace pocos años el problema de la violencia intrafamiliar no era objeto de dominio público, porque se mantenía en el silencio o en privado, y los que la vivían padecían sus secuelas sin la posibilidad de recibir ningún tipo de atención; tampoco les preocupaba a los servicios de salud, a la asistencia social, al ámbito legal y menos al sector académico. No obstante, desde hace dos décadas este problema social empezó a cobrar visibilidad gracias a los movimientos sociales a favor de los derechos de las víctimas.¹ Según datos del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, en los indicadores que resumen las pérdidas por salud en la Ciudad de México la violencia intrafamiliar ocupa el tercer lugar, destacando en dichas pérdidas la ejercida por el varón, quien inflige daños físicos y no físicos que incluyen agresiones verbales, daño psicológico y abandono.² Se ha estimado que las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable a causa de la violencia.³

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la atención médica de la violencia familiar (NOM-190-SSA1), se definió a la violencia intrafamiliar como un acto (u omisión) único o repetitivo consistente en maltrato físico, psicológico, sexual o en el abandono cometido por un miembro de la familia (en cuanto a poder en función de sexo, edad o la condición física) contra un integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra (SSA, 2000).⁴ Aun cuando en México no se conoce de modo preciso y directo la magnitud y las repercusiones de este problema de salud pública, la violencia intrafamiliar no debe minimizarse.⁵

El espectro de daños a la salud se da en lo biológico, lo psicológico y lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad.^{6,7} La violencia intrafamiliar contra la mujer durante el embarazo constituye un problema de salud pública que trasciende la esfera social, puesto que va más allá de la agresión física; además, es causa de hemorragias, abortos, infecciones, anemias, partos prematuros y bajo peso del producto al nacer.^{1,8,9} En un estudio reciente, Kuning sugirió que las mujeres violentadas tienen un riesgo 1.59 veces mayor de perder al producto, y que ese riesgo se incrementa en grupos de 15 a 19 años de edad.¹⁰ Así también se ha estudiado que la paciente que se complica con amenaza

de parto pretérmino requiere tratamientos que implican altos costos para las instituciones de salud.¹¹

En el sector salud las limitaciones en recursos financieros para el rubro y la ausencia de protocolos de investigación que estudien los casos de violencia intrafamiliar que ingresan a las salas de urgencias, aunados a la sobrecarga de trabajo de los médicos generales y especialistas y a la falta de conocimiento real de sus implicaciones sociales, contribuyen a la perpetuación y aumento de las condicionantes de este fenómeno.¹²

Las pacientes que sufren de violencia intrafamiliar están tres veces más expuestas a tener complicaciones durante el parto y el posparto; una de estas complicaciones es la amenaza de parto pretérmino.¹³ El nacimiento pretérmino es un problema de salud pública, ya que su ocurrencia es determinante de una alta mortalidad neonatal y, sobre todo, de tasas elevadas de secuelas neurológicas y pulmonares en los niños que sobreviven al periodo perinatal.¹⁴ Se define como el nacimiento espontáneo o provocado que ocurre después de la vigésima semana de edad gestacional y antes de la trigésima séptima; a su vez, el recién nacido de pretérmino por su peso puede ser hipotrófico, eutrófico o hipertrófico, de acuerdo con las tablas de peso para la edad gestacional.¹⁵ Su frecuencia varía de acuerdo con la zona geográfica; en Estados Unidos es de 9 a 10%; en México, en centros de atención de tercer nivel, la frecuencia informada varía entre 8.9 y 13.7%.⁹

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE, en el periodo comprendido entre noviembre de 2008 y enero de 2009.

Se incluyeron todas las pacientes con embarazos de 22 a 36.6 semanas, con amenaza de parto pretérmino, atendidas en el servicio de urgencias obstétricas y que aceptaron participar en el estudio firmando un consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes que no tenían la edad gestacional establecida y que sufrieron amenaza de parto pretérmino por una causa determinada, como incompetencia ístmico cervical, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera,

rotura prematura de membranas, gestación múltiple, infección del conducto urinario, infección cérvico-vaginal, traumatismo abdominal directo, polihidramnios, enfermedad hipertensiva del embarazo, endocrinopatía y anemia.

En total se estudiaron 50 pacientes, las cuales se dividieron en dos grupos: en uno se incluyeron las que sufrían violencia emocional (N = 19) y en el otro las que no (N = 31). Se les aplicó el cuestionario de violencia intrafamiliar de tipo emocional (Cuadro 1), de acuerdo con Valdez-Santiago y col.,¹⁶ por medio del cual se identificaron los grupos mencionados, ya que si una mujer contestaba afirmativamente a dos o más preguntas, se consideraba que sufría violencia emocional. Se analizaron las variables de violencia intrafamiliar de tipo emocional, edad materna, residencia, edad gestacional, dinámica uterina, condiciones cervicales de borramiento y dilatación, escolaridad y ocupación de la paciente y de la pareja, y se compararon los porcentajes de ambos grupos.

Cuadro 1. Cuestionario de violencia intrafamiliar de tipo emocional

1. ¿La ha insultado?	Sí	No
2. ¿La ha rebajado o menospreciado?	Sí	No
3. ¿La menosprecia o humilla delante de otras personas?	Sí	No
4. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	Sí	No
5. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	Sí	No

Valdez-Santiago R, Hjar-Medina M, Salgado de Snyder V, et al. Escala de violencia e índice de severidad. Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* 2006;48(Supl. 2):S221-S231.

RESULTADOS

Del total de pacientes (Figura 1), 19 (38%) sufrieron violencia emocional (grupo 1) y 31 (62%) no la sufrieron (grupo 2). En el grupo 1 la edad promedio fue de 26 años, con un intervalo de 15 hasta 38 años; en el 2 el promedio fue de 31 años, con un intervalo de 23 a 43 años. De acuerdo con el grupo etario, se clasificaron como sigue: en el grupo 1 había siete pacientes (37%) de 15 a 20 años, dos pacientes (10.5%) de 21 a 25 años, cuatro pacientes (21%) de 26 a 30 años, cinco pacientes (26.3%) de 31 a 35 años y una (5.2%) de más de 36 años.

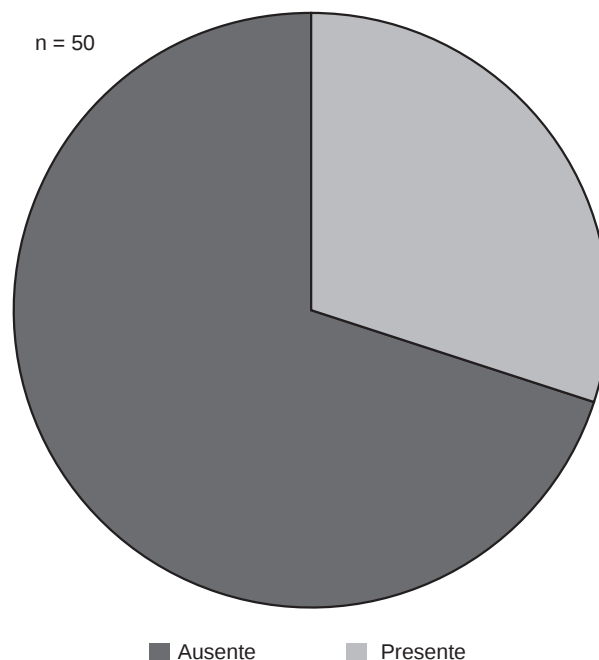


Figura 1. Total de pacientes de los dos grupos con violencia emocional y amenaza de parto pretérmino y sin violencia emocional ni amenaza de parto pretérmino.

En el grupo 2 no había ninguna paciente de 15 a 20 años, había cuatro (13%) de 21 a 25 años, 11 (35.4%) de 26 a 30 años, ocho pacientes (25.8%) de 31 a 35 años y ocho mujeres (25.8%) de 36 o más años.

La residencia de las pacientes, aclarando que la zona de influencia del hospital es la zona oriente del área metropolitana de la Ciudad de México, tuvo la siguiente distribución: en el grupo 1 había nueve mujeres (47.4%) originarias del Estado de México y 10 (52.4%) del Distrito Federal; en el grupo 2 había tres pacientes (9.4%) del Estado de México y 28 (90.6%) del Distrito Federal.

La edad gestacional se dividió en embarazos de menos de 28 semanas y más de 28 semanas, con la siguiente distribución: en el grupo 1 se encontraron cinco pacientes (26.3%) con menos de 28 semanas y 14 (73.7%) con más de 28 semanas. En el grupo 2 se encontraron ocho pacientes (25.8%) de menos de 28 semanas y 23 (74.2%) de más de 28 semanas.

La amenaza de parto pretérmino se analizó de acuerdo con las siguientes características clínicas: dinámica uterina de una a tres contracciones en 20 minutos y de

cuatro a cinco contracciones en 20 minutos, borramiento cervical de menos de 50% y ausencia del mismo, y por último, la dilatación cervical de menos de 3 cm y ausencia de dilatación. Las anteriores características mostraron la siguiente distribución para la dinámica uterina en el grupo 1: 15 pacientes (79%) tuvieron de una a tres contracciones y cuatro (21%) de cuatro a cinco contracciones; en el grupo 2 hubo 30 pacientes (96.7%) con una a tres contracciones y una (3.3%) con cuatro a cinco contracciones. En lo referente al borramiento cervical, en el grupo 1 se observaron seis pacientes (31.5%) sin dilatación y 13 (68.5%) con menos de 50% de borramiento cervical; en el grupo 2 hubo 27 pacientes (87%) sin borramiento cervical y cuatro (13%) con menos de 50% de borramiento. En cuanto a dilatación cervical, en el grupo 1 hubo 11 pacientes (57.9%) sin dilatación y ocho (42.1%) con menos de 3 cm de dilatación; en el grupo 2 se observaron 30 mujeres (96.7%) sin dilatación y una (3.3%) con menos de 3 cm de dilatación.

La escolaridad de las pacientes se distribuyó como sigue: en el grupo 1 habían completado la educación primaria 10 mujeres (52.8%), la secundaria cinco (26.3%), la preparatoria tres (15.7%) y la licenciatura una (5.2%); en el grupo 2 terminaron la primaria dos pacientes (6.4%), la secundaria seis (19.5%), la preparatoria 14 (45.1%) y la licenciatura nueve (29%).

En cuanto a la ocupación de las pacientes, en el grupo 1 había 12 mujeres (63.1%) dedicadas a las labores del hogar y siete (36.9%) empleadas, y en el grupo 2 había 10 (32.3%) dedicadas a las labores del hogar y 21 (67.7%) empleadas.

Respecto a la ocupación de las parejas de las pacientes, se encontró que en el grupo 1 había tres desempleados (15.7%) y 16 (84.3%) empleados, y en el grupo 2 había un desempleado (3.3%) y 30 (96.7%) empleados.

DISCUSIÓN

Sin duda alguna, la violencia intrafamiliar de tipo emocional es una de las áreas menos estudiadas en el ambiente social con respecto a otros tipos de violencia, de ahí que existan pocas obras sobre sus características epidemiológicas. También su relación con la amenaza de parto pretérmino es muy discutida hasta el momen-

to. En México se han realizado pocos trabajos sobre el tema que ayuden a determinar si realmente es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino, aunque algunos estudios así lo han marcado.

Por lo anterior, se deberán establecer de una mejor manera las características sociales que ayuden a clasificar este factor de riesgo; aunque es cierto que no es fácil de encontrar por las arraigadas costumbres de la población mexicana, si se sistematizara y se difundiera la información al respecto se podría identificar con mayor frecuencia y mejor el factor para prevenirlo.

Si se toma en cuenta que la muestra de esta población derechohabiente es pequeña y que existen otros factores causales de amenaza de parto pretérmino mucho más frecuentes, no puede descartarse que en esta área de influencia haya más mujeres que sufran violencia emocional vinculada con esta condición. Por ello, se extiende la propuesta para que a futuro se realice en una mayor población la búsqueda de este factor y la difusión de este grave problema social, lo cual ayudará a los trabajadores de la salud a crear mejores estrategias de diagnóstico y tratamiento para contrarrestar la enfermedad obstétrica estudiada.

CONCLUSIONES

Se determinó que 38% de la población estudiada sufrió violencia intrafamiliar de tipo emocional como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino. Con estas cifras no puede afirmarse que la violencia emocional sea causante directa de esta situación. Un alto porcentaje de las pacientes de ambos grupos mostró características de frecuencia de dinámica uterina, borramiento y dilatación cervical de poca gravedad al momento de su valoración.

REFERENCIAS

1. Valdez-Santiago R, Hajar-Medina M. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. *Gac Med Mex* 2002;138:159-163.
2. Sharader E, Sagot M. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. OPS/OMS. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa mujer, salud y desarrollo. Protocolo de investigación. Washington, DC: OPS, 1998.

3. Heise L. Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud. Washington, DC: Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México: Secretaría de Salud, 1999.
5. Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993;35:148-160.
6. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex* 1998;40:481-486.
7. Arias-Herrera H. La influencia de factores psicológicos y sociales en la violencia contra la mujer embarazada. Centro de Investigación Psicológica y Sociológica de la Academia de Ciencias de Cuba, 2000.
8. Main DM. Can preterm deliveries be prevented. *Am J Obstet Gynecol* 1995;151:829-834.
9. Muñoz H, Gómez R, Galazo M, et al. Papel de la infección en el parto prematuro. *Perinatol Reprod Hum* 1994;8:190.
10. Kuning M, McNeil D. Chongsuvivatwong. Pregnancy loss in the Philippines. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003;34:433-442.
11. Garcia AA. Impacto económico del manejo de parto pretérmino. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:384.
12. Paredes J, Solís GT. Prevalencia de violencia contra la mujer embarazada. *Rev Med Costa Rica* 2003;15:9-11.
13. Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, et al. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepepec, Guerrero, México. *Salud Publica Mex* 2005;47:335-341.
14. Fernández del Castillo C, Delgado-Urdapilleta J, Ramírez-Cueto G. *Ginecología y Obstetricia de México. Suplemento 1*, 2007.
15. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-362.
16. Valdez-Santiago R, Hajar-Medina M, Salgado de Snyder V, et al. Escala de violencia e índice de severidad. Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* 2006;48(Suppl. 2):S221-S231.