

LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL PESO AL NACER*

ROSARIO VALDEZ-SANTIAGO, PSIC.,⁽¹⁾ LUZ HELENA SANÍN-AGUIRRE, M.C., M.S.P.⁽²⁾

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.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de la violencia doméstica durante el embarazo así como su asociación con el peso del producto al nacer y con las complicaciones en el parto y posparto inmediato. **Material y métodos.** Se exploró sobre violencia doméstica (física, emocional y sexual) a un total de 110 usuarias del servicio de ginecología del Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, utilizando para ello un cuestionario de preguntas cerradas, aplicado por personal especializado. Se usó un modelo de regresión lineal múltiple para ajustar las diferencias de medias en el peso del producto al nacer, por edad y paridad. Para el caso de las complicaciones se utilizó un modelo de regresión logística. **Resultados.** Las mujeres maltratadas (MM) víctimas de violencia durante el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas (MNM) (IC 95% 1.3-7.9). La diferencia en el peso del producto al nacer entre los dos grupos fue de 560g ($p < 0.01$ ajustado por edad y paridad), con desventaja para las MM. Las mujeres violentadas tuvieron cuatro veces más riesgo de tener productos de bajo peso en comparación con las MNM (IC 95% 1.3-12.3).

Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH.
Domestic violence during pregnancy
and its relation to birth weight.
Salud Publica Mex 1996;38:352-362.

ABSTRACT

Objective. To determine the prevalence of domestic violence during pregnancy and its impact on birth weight and the immediate post-partum period. **Material and methods.** We conducted a survey of 110 pregnant women who delivered at the Hospital Civil in Cuernavaca, Morelos. The questionnaire was applied by specialized personnel. We used multiple linear regression to adjust for differences between birth weight means and multiple logistic regression for complications. **Results.** In our study, women who suffered violence during pregnancy had three times more complications during delivery (CI 95% 1.3-7.9). The difference in birth weight of newborns of these women was 560 g less ($p < 0.01$ adjusted by age and parity) in comparison with women who did not undergo violence during pregnancy. Women who suffered violence during pregnancy had a four times greater risk for having low birth weight babies (CI 95% 1.3-12.3) than the non-battered women. **Conclusions.** We propose more research be done on this topic, including studies of other population groups. Also, health personnel should be educated that violence towards women could constitute a reproductive risk.

*Este proyecto fue financiado por el Programa de Becas de la Fundación McArthur, 1993.

(1) Investigadora y Coordinadora del Programa de Acción Contra la Violencia Doméstica (PACVID), Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Universidad Autónoma de Chihuahua; Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Fecha de recibido: 8 de noviembre de 1995

Fecha de aprobado: 19 de agosto de 1996

Conclusiones. *Se propone profundizar la investigación sobre el tema y estudiar otros grupos poblacionales, asimismo sensibilizar al personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres como riesgo reproductivo.*

Palabras clave: maltrato conyugal; violencia; embarazo; peso al nacer; mujeres; México

Key words: spouse abuse; violence; pregnancy; birth weight; women; Mexico

Solicitud de sobretiros: Psic. Rosario Valdez Santiago. A.P. 312-3, 62250 Cuernavaca, Morelos, México.

LA DICOTOMÍA EN la construcción social de hombres y mujeres ha llevado al desarrollo de formas coercitivas de control, especialmente dirigidas a la mujer, las cuales se evidencian en una amplia gama de acciones. La violación, la violencia doméstica, el incesto, las mutilaciones genitales, el homicidio, el abuso sexual a niñas, la prostitución forzada y el tráfico de mujeres son algunas de ellas.

La violencia hacia la mujer es un problema poco reconocido por los sectores de salud y desarrollo e insuficientemente valorado como problema de salud pública, a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina.¹⁻⁶ Estimaciones recientes del Banco Mundial indican que la violencia, especialmente dirigida a la mujer, hace que ésta pierda uno de cada cinco días de vida saludables en su edad reproductiva.⁷

Existen millones de mujeres en el mundo expuestas simultáneamente a dos experiencias que marcan sus vidas (con efectos duraderos en su desarrollo físico y psicosocial); una es el ejercicio de su capacidad reproductiva y, la otra, experimentar la violencia en alguna de sus expresiones. Esta relación entre la reproducción y la violencia alcanza realidades soslayadas hasta el momento, entre las cuales están: la violencia prevaleciente hacia la mujer durante el embarazo, la maternidad forzada, la fecundidad adolescente, el contagio de enfermedades de transmisión sexual y, en general, un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas.

En las mujeres embarazadas la violencia tiene consecuencias sobre el producto y configura lo que se conoce como abuso prenatal, el cual es, para muchos menores, el inicio de una cadena cuyos resultados incluyen desde la

muerte prematura hasta el abandono del hogar por parte del menor.*

Un aspecto ampliamente documentado en la literatura internacional es la relación directa entre violencia durante el embarazo y bajo peso del producto al nacer. Esto conlleva una serie de limitaciones en el inicio de la vida de cualquier menor, tanto por el incremento de la morbilidad y la mortalidad infantil como por sus efectos deletéreos en el desarrollo de las capacidades físicas, cognitivas y de relación, que lo limitarán seriamente en caso de sobrevivir.^{8-11.**}

Si no se toma en cuenta esta realidad, no se puede garantizar la plena participación de las mujeres en el desarrollo económico y social de su comunidad y, por lo tanto, es insostenible una equidad entre géneros. Así lo observó recientemente el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM):

“Las mujeres no pueden contribuir de lleno con su labor o con sus ideas creativas si están agobiadas por las heridas físicas y psicológicas del abuso”.¹²

El fenómeno de la violencia hacia las mujeres también es un problema de derechos humanos y, por lo tanto, de competencia y responsabilidad social.

* Informe anual del Centro Mexicano para los Derechos de la Infancia. México, D.F.: CEMEDIN, 1990. Documento no publicado.

** Villar J, González de Cossío T. Bases para la formulación y evaluación de intervenciones tendientes a reducir el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal. Trabajo presentado en el Taller latinoamericano sobre salud y mortalidad infantil y perinatal. Buenos Aires: CENEP-IDRC, 1985. Documento no publicado.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SALUD

En México, como en el resto del mundo, el fenómeno de la violencia doméstica es un problema social que afecta a gran número de mujeres y sus familias, su estudio sistemático^{5,6} es muy reciente, por lo que todavía existen muchos vacíos.

La violencia doméstica, también conocida como abuso por parte del compañero o abuso conyugal, es una de las facetas del problema más amplio de violencia intrafamiliar. Se caracteriza por un patrón de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir: el abuso físico (golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono y negligencia) y el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual o a cierto tipo de conducta sexual).

Esto se traduce en lesiones reiteradas, aislamiento social progresivo, intimidación y afecciones en la salud física y mental de las mujeres que viven cotidianamente cualesquiera de los tipos de abuso antes mencionados.

Estas conductas las perpetra el compañero (novio, esposo o concubino) que se encuentra comprometido en una relación íntima de pareja, aunque también es común que este patrón se presente a pesar de la separación, lo cual demuestra el grado de complejidad de la dinámica de la relación violenta. Diferentes estudios han demostrado que la violencia doméstica atraviesa fronteras raciales, religiosas, educativas y socioeconómicas.¹

Las mujeres maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos, lo cual agrava concomitantemente los riesgos a la salud.²

Investigaciones realizadas en otros países señalan que las mujeres golpeadas muestran mayor propensión a utilizar el sistema médico, acudir a las salas de urgencias, tomar drogas bajo receta, padecer de alcoholismo y farmacodependencia, intentar suicidarse y requerir tratamiento psiquiátrico que las no golpeadas.¹³

Entre los padecimientos asociados con la violencia doméstica se encuentran los de resultados no fatales y los que afectan la salud mental; entre los primeros se incluyen: el dolor de cabeza crónico, el abdominal, el muscular, el pélvico crónico, infecciones vaginales recurrentes, inflamación pélvica, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas y alcohol, colitis y gastritis

nerviosa, asma, discapacidad permanente o parcial; entre los segundos: las alteraciones del sueño y la alimentación, la depresión, la disfunción sexual, la ansiedad, los trastornos de personalidad múltiple, estrés postraumático y obsesivo-compulsivo; y, finalmente, las consecuencias fatales, como el suicidio y el homicidio.^{14-17.*}

Lo informado sobre violencia doméstica varía según diferentes estudios. En una revisión de 26 trabajos de 20 países, realizada por Heise,⁷ el rango varió de 20 a 75% de mujeres violentadas, con grandes diferencias no sólo por país sino también por tipo de población estudiada (urbana, rural). En la mayoría de los estudios se trabajó con muestras de conveniencia y sólo uno de ellos, realizado en 1990 en Colombia, es parte de una encuesta nacional. Los datos existentes en México señalan una prevalencia del 33% en una zona periurbana de la Ciudad de México,⁵ y en el estado de Jalisco del 44% en zona rural y cerca del 57% en zona urbana.⁶ Ninguno de los trabajos se refiere específicamente a la violencia doméstica durante el embarazo.

Hasta la fecha los estudios no han demostrado el perfil psicosocial de las mujeres maltratadas; sin embargo, las embarazadas son el grupo que se encuentra en situación de mayor riesgo. En países donde se ha estudiado más a fondo sobre la relación entre violencia doméstica y embarazo, se ha descubierto que las mujeres embarazadas que son violentadas están en mayor riesgo de abortar espontáneamente, son cuatro veces más propensas a tener productos de bajo peso y sus hijos tienen 40 veces más riesgo de morir en el primer año de vida.⁷

La prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo comenzó a estudiarse hace poco más de 10 años y las cifras muestran una variación entre el 4 y el 17% según el tipo y la edad de la población estudiada.¹⁸⁻²³ En Estados Unidos, en una cohorte de mujeres afroamericanas, hispanas y blancas McFarlane encontró una prevalencia del 20.6% en las más jóvenes.²⁴ La excepción a estos datos está constituida por un grupo de mujeres embarazadas estudiadas por O'Campo y colaboradores, quienes presentaron un 65% de violencia física o verbal durante el embarazo.²⁵ Bewley y Gibbs han sugerido que la violencia doméstica durante el embarazo puede ser más común que la diabetes o la placenta previa.²⁶ En

*Silva MAC, McFarlane J. Assessing Hispanic women for physical and sexual abuse, frequency, severity of injury and risk factors for homicide. Documento no publicado.

nuestro país no existe, a la fecha, ningún estudio que haya explorado la violencia doméstica durante el embarazo y sus consecuencias.

La violencia en la mujer embarazada puede tener alcances mortales, tanto para la madre como para el feto. Por ejemplo, una agresión física o sexual que implique traumas abdominales puede provocar *abruptio placentae*, el cual –según el tiempo de gestación– podría llevar a la pérdida del feto, a la precipitación del parto o al nacimiento de un producto prematuro o de bajo peso al nacer.²⁷

Es necesario considerar que los efectos del maltrato durante el embarazo son tanto físicos como emocionales. La mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, suicidio y homicidio. En este último aspecto, se ha demostrado que los factores de riesgo de homicidio son más altos en mujeres maltratadas durante el embarazo, que en las maltratadas en el año previo.*

Ante la importancia del tema y la ausencia de datos en México, se decidió llevar a cabo un estudio exploratorio con el objetivo de conocer la prevalencia del abuso físico, emocional y sexual durante el embarazo, en mujeres usuarias de un servicio de ginecología y obstetricia y determinar la posible conexión entre violencia durante el embarazo y las complicaciones en el parto y posparto inmediato, así como su efecto en el peso del producto al nacer.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población de estudio estuvo constituida por 110 mujeres usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, durante el periodo comprendido entre el 21 de julio y el 10 de agosto de 1994. La información se obtuvo mediante entrevistas dirigidas, por cuestionario de preguntas cerradas, realizadas en un lapso no mayor de 24 horas después de haber recibido la atención del parto, cesárea o legrado. La aplicación estuvo a cargo de una sola entrevistadora para todos los casos, especialista en atención a mujeres maltratadas y técnicamente capacitada para hacer alguna intervención

*Silva MAC, McFarlane J. Assessing Hispanic women for physical and sexual abuse, frequency, severity of injury and risk factors for homicide. Documento no publicado.

en situación de crisis, si se requería. Se utilizó una auxiliar para la captura de información en el registro hospitalario, la cual desconocía los resultados de los cuestionarios. El tiempo de aplicación promedio fue de 11.8 minutos (rango de 5 a 52 min, mediana de 10 min).

Los criterios de inclusión fueron:

- Solicitar el servicio de atención al parto o legrado intrauterino en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Civil, durante el periodo de estudio.
- Manifestar verbalmente su aceptación para participar en el estudio, una vez explicados los propósitos del mismo.
- No tener impedimento físico para contestar.

El cuestionario incluyó datos relativos a las siguientes secciones:

- I. Datos sociodemográficos.
- II. Salud reproductiva (inicio de vida sexual, anticoncepción, control prenatal, embarazos previos y sus resultados, factores de riesgo).
- III. Exposición al abuso en el último embarazo (identificación de quién ejerce la violencia, tipo de violencia –física, emocional, sexual, verbal–, inicio del abuso, características de la violencia física, zonas del cuerpo golpeadas, tipo de lesiones provocadas por los golpes, existencia de abuso sexual durante el embarazo y lesiones provocadas, existencia de abuso emocional por parte del compañero, existencia y frecuencia de trastornos emocionales).
- IV. Datos generales de los resultados del parto y del producto. Esta información se obtuvo directamente del expediente del registro hospitalario; incluye complicaciones en el parto y posparto inmediato, capturadas en forma dicotómica (sí, no), sin discriminar el tipo de las mismas siempre y cuando hubiesen sido diagnosticadas por el médico y consignadas en el expediente clínico. El peso del producto al nacer (en gramos) se tomó del expediente.

Para efectos de este estudio se consideró como mujer maltratada (o violentada) a toda aquella que así lo manifestó mediante respuesta afirmativa a la pregunta directa sobre violencia o a alguna de las secciones del apartado III.

Para la captura de los datos se empleó el programa Dbase IV y para el análisis estadístico se usó el STATA

4.0 para Windows.²⁸ Se utilizó chi cuadrada para probar las diferencias en cuanto a planificación familiar, control prenatal y embarazo deseado y t de Student para las variables continuas. Se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple para ajustar las diferencias de medias en el peso al nacer, por edad y paridad.²⁹ En el caso de las complicaciones se utilizó un modelo de regresión logística, así como un método no paramétrico para el cálculo de las fracciones atribuibles en expuestas y poblacional.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL GRUPO DE MUJERES ESTUDIADAS

Las mujeres estudiadas representan el 90% del total de las atendidas en el hospital durante el tiempo que duró el estudio; ninguna mujer se negó a participar en la investigación, sólo quedaron excluidas aquellas que estaban físicamente impedidas para hacerlo por estar bajo anestesia y sólo en un caso por presentar fiebre.

El promedio de edad del grupo de estudio fue de 22 años, 20% era adolescente (13 a 19 años), 65% tenía entre 20 y 34 años y 7% entre 35 y 42 años.

En cuanto a la escolaridad 61.5% tenía primaria completa o menos; el 38.5% restante contaba con educación media a estudios superiores; sólo una de las mujeres tenía estudios universitarios. La media general de escolaridad fue de tres años; estos indicadores están por debajo del índice regional de instrucción posprimaria (47.7%).³⁰

La mayoría de las mujeres era ama de casa, sólo 14% tenía algún tipo de empleo y de éstas, la mitad eran trabajadoras domésticas. Sus ingresos mensuales fluctuaron entre los N\$120.00 y N\$1 000.00, en trabajos de tiempo completo (entre 16.00 y 132.00 dólares americanos al tipo de cambio de septiembre de 1996).

Respecto a la situación civil, el 82.7% tenía compañero; de éstas, 47% estaba casada y las restantes vivían en unión libre. El 17.3% era madre soltera.

En cuanto a la salud reproductiva, se destaca el hecho de que para una tercera parte de las pacientes éste era su primer embarazo, 16% tenía cuatro o más. Se encontraron cinco casos de mujeres con 10 embarazos y un promedio de seis hijos nacidos vivos, lo cual representa una fecundidad alta según el promedio nacional y estatal que es de 2.5.³⁰

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

Del total de las mujeres encuestadas 33.5% fue violentada (n= 37), la mayoría por sus parejas; una fue violada (3%) y el presente embarazo era producto de la violación.

De las mujeres maltratadas (MM), la mayoría informa que la violencia se inició en el transcurso de la vida en común, 9% durante el embarazo, y 5.4% en el momento que la pareja se enteró del embarazo.

Se exploró la relación entre el inicio de la violencia y el tiempo de gestación, sin encontrar una clara tendencia. Del 2 al 7% de las mujeres informó que el abuso se inició durante el primer trimestre, del 5 al 7% en el segundo trimestre, con un ligero decremento para el tercer trimestre con un 4%.

La mayoría de las MM declaró experimentar diferentes tipos de abuso por parte de la pareja. El que se presentó con mayor frecuencia fue el psicológico (emocional o verbal), caracterizado por humillaciones verbales, gritos, groserías, abandono y amenaza de maltrato (76%); el abuso físico se presentó en un 40% (13.6% del total) y el sexual en un 37%.

Cuando se exploró el maltrato por pregunta directa, dicotómica, sin desglosar, sólo 20% de mujeres (n=22) reconoció haber sido maltratada, porcentaje que aumentó a 33.5 cuando se exploró en forma detallada, según el diseño del instrumento.

De las MM 11% informó que hubo cambios en la frecuencia del maltrato a raíz de que la pareja se enteró del embarazo. De éstas, en siete casos (6.4%) aumentó, las cinco restantes notaron una disminución del abuso.

En este grupo la relación entre violencia contra la mujer y el uso de drogas resultó baja, ya que sólo en siete de los casos la pareja violenta estaba bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión. El alcohol fue el más usado, estuvo presente en cinco de los casos, la marihuana y la cocaína, presentes cada una en un caso.

El uso de algún tipo de arma u objeto durante los episodios violentos se presentó en tres de los casos, el cinturón fue el más usado. La mayoría de las MM informó no presentar lesiones de gravedad a consecuencia del abuso, sólo en un caso se solicitó atención médica.

De las mujeres que informaron tener lesiones a consecuencia del maltrato, la mayoría presentó moretones (n= 7), cuatro de ellas informaron dolor vaginal, otra presentó sangrado vaginal, y una más dolor en bajo vien-

tre. Tales signos y síntomas están directamente relacionados con el abuso sexual, ya que estas mujeres informaron ser abusadas sexualmente por sus parejas; en seis de los casos se producía daño en el momento del coito.

Las zonas del cuerpo golpeadas con mayor frecuencia fueron cabeza, cara y cuello en 24.3% de los casos; hombro, brazo y mano en 10.8%; cadera, pierna y pies en 8.1%; dos mujeres recibieron golpes en el estómago; una en la espalda y nalgas; y ninguna en senos, vagina ni ano.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SALUD REPRODUCTIVA

Con el objeto de conocer más acerca de las diferencias entre el grupo de MM y el de las mujeres no maltratadas (MNM) se llevó a cabo un análisis comparativo de las características sociodemográficas de ambos grupos (cuadro I) y un análisis bivariado en relación con la violencia doméstica y salud reproductiva en los siguientes indicadores: a) uso de anticonceptivos; b) embarazo planeado; c) embarazo deseado; d) control prenatal; e) complicaciones en el parto; y f) peso al nacer (cuadro II).

Respecto al uso de anticonceptivos no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, ya que en ambos casos cerca del 30% utilizó algún método anticonceptivo en el año anterior al embarazo.

En relación con el embarazo planeado se encontró que en el grupo de MM 46% planeó su embarazo, mientras que el grupo de MNM lo hizo en un 50%. Este último indicador está estrechamente relacionado con el embarazo deseado, donde la diferencia entre ambos grupos fue marginal ($p=0.09$). Las MM informaron desear su embarazo en un 73% de los casos, mientras las MNM lo hicieron en un 86%.

La falta de control prenatal fue sensiblemente mayor en el grupo de MM (59%) respecto al grupo de MNM (33%), esta diferencia fue estadísticamente significativa.

En cuanto a las complicaciones durante el parto se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Las MM están tres veces más expuestas a tener complicaciones durante el parto y posparto inmediato, en relación con las MNM, razón de momios (RM) 3.3, con un intervalo de confianza (IC) 95% de 1.3 a 8.0. La fracción atribuible en expuestas a la violencia es del 70%, mientras la fracción atribuible poblacional es del 36.8%.

En relación con el bajo peso al nacer (definido como <2500 g) también se presentaron diferencias significativas entre ambos grupos. Se observó que las MM son cuatro veces más propensas a tener productos de bajo

CUADRO I
Características sociodemográficas de las mujeres maltratadas y no maltratadas durante el embarazo. Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, México, 1994

Características	Mujeres maltratadas		Mujeres no maltratadas	
	n= 37	%	n= 73	%
Edad				
<20	12	32	19	26
20-34	24	65	48	66
35-42	1	3	6	8
Escolaridad				
No sabe leer ni escribir	1	3	4	6
Primaria incompleta	33	89	61	85
Primaria completa	1	3	1	1
Secundaria	2	5	6	8
Ocupación				
Ama de casa	29	81	58	80
Trabaja fuera del hogar	7	19	12	16
Estudiante	--	--	3	4
Situación civil				
Con compañero	23	64	68	93
Madre soltera	13	36	5	7

peso en comparación con las MNM (RM: 4.0, IC 95% 1.3-12.0). La fracción atribuible en las expuestas a la violencia es del 75%, mientras que la fracción atribuible poblacional es del 44%.

El peso promedio de los bebés de las MM fue de 2485 g, mientras que en las MNM fue de 3050 g, esto representa una diferencia de 565.6 g la cual fue estadísticamente significativa ($p=0.0013$). Este indicador fue ajustado por edad y paridad dando como resultado una diferencia de 560 g.

Se evaluó a todas las mujeres del estudio respecto a cómo se habían sentido emocionalmente durante el embarazo, tomando en cuenta las siguientes categorías: nerviosa, preocupada, deprimida, temerosa, enojada, devaluada y sola. La intensidad de esos estados se evaluó en frecuencia: nunca, a veces, siempre.

El grupo de MM presentó invariablemente los puntajes más altos en todas las categorías. El nivel de inten-

CUADRO II
Características de salud reproductiva de las mujeres maltratadas y no maltratadas. Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, México, 1994

Características	Mujeres maltratadas (n= 37) %	Mujeres no maltratadas (n= 73) %
Primíparas	38	30
Embarazo planeado	46	50
Embarazo deseado	73	86
Sin control prenatal	59	33
Complicaciones durante el parto*	46	21

*En cuatro mujeres maltratadas y 12 mujeres no maltratadas se desconoce el dato

sidad “a veces” obtuvo el puntaje más alto en la categoría de temerosa para ambos grupos (27% para las MM y 19% para las MNM), le siguió preocupada (24 y 8%), nerviosa (19 y 12%), deprimida (19 y 3%). El nivel de intensidad “siempre” para la categoría deprimida tuvo su puntaje más alto en el grupo de MM con 27%.

El sentirse devaluada presentó diferencias significativas entre ambos grupos. Mientras que en las MM 11% se siente devaluada a veces y 3% de los casos siempre, en las MNM sólo 4% se siente devaluada a veces y ninguna reportó sentirse siempre devaluada.

DISCUSIÓN

En general, los resultados del estudio son acordes con los hallazgos informados en la literatura internacional en lo que se refiere a: la alta prevalencia del abuso a mujeres embarazadas por sus parejas o exparejas; los efectos nocivos de la violencia (en la salud física, reproductiva y mental), y el impacto de la violencia en el peso del producto al nacer.

En México, los datos que existen en materia de maltrato a mujeres embarazadas son prácticamente nulos; una investigación anterior señala que de una muestra probabilística de 342 mujeres encuestadas, 33% había sido maltratada, de éstas el 20% fue golpeada en el abdomen durante el embarazo.⁵

En este estudio 33.5% de las mujeres encuestadas fue violentada durante el embarazo, este es un índice mayor al encontrado en estudios similares. Consideramos que dos factores influyeron en esta diferencia: uno está relacionado con la inclusión del abuso emocional, soslayado en la mayoría de las investigaciones realizadas, a pesar de que incrementa significativamente el estrés y el desequilibrio de cualquier mujer que lo experimenta. En estudios realizados sobre el impacto del estrés, desequilibrio emocional y apoyo social durante el embarazo, se ha demostrado que estos factores tienen una relación significativa con las complicaciones y las condiciones generales de la gestación, así como con la condición del infante.³¹⁻³²

El otro factor es el método empleado para la recolección de la información, ya que en este estudio se realizó entrevista directa por personal especializado, lo cual, se ha demostrado, da como resultado una prevalencia mayor. En un estudio realizado por McFarlane se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de abuso cuando se utilizaba un instrumento de autoaplicación (7.3%), en comparación con lo hallado cuando la entrevista era realizada por personal capacitado (29.3%).³³ El instrumento del presente estudio fue un cuestionario especialmente diseñado para estudiar violencia doméstica durante el embarazo, con una pregunta directa sobre violencia y varios apartados que debían responderse, aun habiendo contestado negativamente a la pregunta directa, lo cual, pensamos, aumentó notoriamente la sensibilidad del instrumento.

Un dato que merece destacarse es el del 3% de mujeres que llevaron a término un embarazo producto de una violación, con todas las dificultades emocionales, sociales y de salud que ello representa. En informes realizados por centros especializados en la atención a sobrevivientes de violación en México, como el Colectivo de Lucha contra la Violencia (COVAC 1990) y el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC 1985), se señala que entre el 15 y el 18% de las mujeres que acuden a estos servicios han quedado embarazadas por violación.* ** Este dato nos indica la importancia de llevar a cabo estudios específicos para conocer más sobre el impacto, tanto para la madre como para el producto, cuando se

* Centro de Apoyo a Mujeres Violadas. Reporte 1985. México, D.F. Documento no publicado.

** Colectivo de Lucha contra la Violencia. Reporte 1990. México, D.F. Documento no publicado.

lleva a término un embarazo forzado a través de un acto como el asalto sexual; por otro lado, evidencia la urgente necesidad de que las mujeres violadas embarazadas, puedan tener acceso a servicios especializados seguros y gratuitos donde puedan recibir consejería sobre la suspensión del embarazo cuando esto suceda.

Otro aspecto necesario de evaluar es el efecto de la violencia en la salud y calidad de vida del binomio madre-hijo; por ejemplo, la mayor propensión de las MM durante el embarazo a abortar espontáneamente, a que el producto muera,²³ a tener un producto prematuro, lo que representa una limitación en las posibilidades de sobrevivencia para el infante. En el peor de los casos, la mujer embarazada puede ser víctima de homicidio.*

El efecto puede ser no sólo para el embarazo actual sino además convertirse, dependiendo del tipo de lesión física, en un riesgo reproductivo para embarazos subsecuentes.

Si bien el presente estudio es de tipo transversal, la relación entre violencia y complicaciones durante el parto y violencia y bajo peso al nacer es muy significativa e intensa. La demostración del vínculo que existe entre estas situaciones representa uno de los hallazgos más notorios del estudio, si tomamos en cuenta el carácter exploratorio del mismo.

Por otro lado, el efecto de la violencia en el peso del producto se obtuvo tanto al tratarla como variable continua (560 g regresión lineal múltiple ajustada por paridad y edad) como al dicotomizar el peso en 2 500 g; el riesgo de bajo peso fue cuatro veces mayor en las MM, tal y como ha sido informado en estudios anteriores.^{3,13-15}

Está ampliamente documentado que el peso al nacer constituye un factor importante para la supervivencia del infante, así como para su crecimiento y desarrollo subsecuente. La asociación entre violencia y bajo peso al nacer, de hasta el 75% en las mujeres expuestas al abuso, lo coloca como un problema de salud pública que requiere de intervención urgente por parte de las autoridades del Sector Salud.

Sólo dos estudios previos han observado la relación entre violencia doméstica durante el embarazo y el peso del producto al nacer, como una variable continua; uno

informa una diferencia de medias, cruda, de 229 g, la cual disminuyó a 175 g al ser ajustada por educación, paridad e historia de adicciones.³⁴ El otro encontró una diferencia de medias, cruda, de 133 g.³⁵

La diferencia de medias encontrada en este estudio (560 g) ajustada por edad y paridad, fue significativamente mayor a la informada en los estudios mencionados aún comparándola con la diferencia cruda.

Una limitación del estudio fue no considerar otros factores que predicen el peso al nacer tales como antropometría materna, nutrición, consumo de alcohol y tabaquismo, etcétera;*.¹¹ máxime que otros trabajos han encontrado que las MM fumaban más y tomaban menos que las no violentadas.³⁶

La relación entre violencia y complicaciones en el parto tales como: hemorragias, amenaza de parto prematuro e infecciones como la corioamnionitis, es otro aspecto del fenómeno del abuso a mujeres embarazadas.^{23,24,37,38} Estudios anteriores señalan que las complicaciones durante el embarazo y parto están asociadas con el estrés de vida, la carencia de apoyo psicosocial y el abuso.^{31,39,40} Se ha demostrado que la tensión sociopolítica y el trauma de vivir en un barrio violento pueden producir complicaciones durante el embarazo;⁴¹ es razonable suponer que vivir en el infierno privado de una relación violenta produce efectos similares.

Por ello, el aspecto psicosocial cobra aquí un papel preponderante. En otros estudios se ha demostrado que la tensión psicológica se asocia con la depresión tanto en las mujeres embarazadas como en las no embarazadas. En este estudio, la depresión obtuvo el índice más alto de alteraciones emocionales en el grupo de MM. A este respecto se ha planteado hipotéticamente que la liberación de neurotransmisores, catecolaminas por ejemplo, como producto de la depresión y/o el estrés, pudiese tener efectos directos sobre el feto, al precipitar un parto prematuro o causar hipoperfusión de la placenta con retardo en el crecimiento fetal.⁴⁰

Por lo anterior se sugiere que en estudios posteriores se profundice en la evaluación del estado emocional de las mujeres, a través de instrumentos estandarizados,

*Silva MAC, McFarlane J. Assessing Hispanic women for physical and sexual abuse, frequency, severity of injury and risk factors for homicide. Documento no publicado.

*Villar J, González de Cossío T. Bases para la formulación y evaluación de intervenciones tendientes a reducir el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal. Trabajo presentado en el Taller latinoamericano sobre salud y mortalidad infantil y perinatal. Buenos Aires: CENEP-IDRC, 1985. Documento no publicado.

sobre aspectos tales como: efectos del estrés postraumático, del desequilibrio emocional, y de los indicadores de apoyo psicosocial; esto permitirá desarrollar estrategias de intervención en favor de esta población.

El nivel socioeconómico puede haber confundido la asociación entre violencia y peso al nacer por las implicaciones dietéticas y de diferencias en la exposición a otros riesgos; sin embargo, la población estudiada fue muy homogénea en este aspecto ya que sus integrantes compartían características sociodemográficas similares.

Los datos del peso del producto al nacer no fueron tomados por personal del proyecto; sin embargo, consideramos que el personal hospitalario está capacitado para ello y además, tanto ellos como la persona que registró este dato, desconocían el estatus de violencia de las mujeres. En este caso nos enfrentaríamos a un error de medición no diferencial que sesgaría el estimador hacia el valor nulo.

Algunos autores documentan factores culturales que propician la aceptación social de la violencia o la visualización de este fenómeno como un hecho natural dentro de una cultura eminentemente machista,⁴² esto influiría en la prevalencia de la violencia y por ende en los efectos indeseables de la misma sin modificar necesariamente la fuerza de las asociaciones encontradas en este estudio.

Si bien este trabajo se realizó en una población muy específica de mujeres, no hay razones biológicas ni sociales que nos hagan suponer que los efectos de la violencia en el embarazo sean diferentes en otros grupos de población femenina igualmente expuestos a la violencia, aunque la prevalencia puede variar considerablemente de un grupo a otro.

A partir de los resultados obtenidos proponemos:

1. Aumentar el conocimiento de la vinculación entre violencia de género y salud en el ámbito nacional, a través de estudios que utilicen metodologías tanto cuantitativas como cualitativas.
2. Realizar investigaciones con un diseño metodológico específico para probar las asociaciones exploradas en este trabajo, especialmente en relación con el peso del producto al nacer (control de confusores, poder suficiente, etc.).
3. Reconocer el problema de la violencia doméstica como un hecho altamente prevalente que pone en peligro el bienestar y salud de las mujeres embarazadas y sus hijos(as) y como un probable factor de riesgo de bajo peso al nacer, no documentado previamente en nues-

tro medio. Por lo anterior, sugerimos desarrollar protocolos especializados para la identificación de mujeres embarazadas maltratadas en la consulta prenatal, y anexar modificaciones en la materia a la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOMEM-002-SSA2-1993, para atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Estas modificaciones ya fueron propuestas a la Comisión para la elaboración del proyecto de Ley en materia de Violencia Intrafamiliar del H. Congreso de la Unión por personal especializado, consultado para el efecto,* mismas que serán revisadas durante la presente legislatura.

Los protocolos de identificación de violencia durante el embarazo ya han sido utilizados con éxito en otros países, lo que ha permitido detectar e intervenir con mayor rapidez en los casos positivos con una acción más efectiva de los servicios de salud para la prevención de las complicaciones mencionadas.⁴³⁻⁴⁵

Para lograr lo anterior se requiere impulsar paralelamente un programa de capacitación y sensibilización del personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos) que entra en contacto cotidianamente con las mujeres maltratadas en los diferentes niveles de atención a la salud, pero que no cuenta con los elementos suficientes para detectarlas y canalizarlas adecuadamente.⁴⁶

4. Formular políticas públicas que realmente protejan los derechos de la mujer en los diferentes ámbitos de la vida social. Actualmente las leyes sobre violencia doméstica en México muestran un total desamparo hacia las MM y los castigos a los infractores son ridículos. Experiencias como la de Puerto Rico, país cercano cultural y geográficamente pueden ser un buen ejemplo. En este país se castiga severamente la violencia doméstica. Otros ejemplos similares son el de Chile y Perú.

Por otro lado, es urgente multiplicar los Centros de Atención a Mujeres Maltratadas en el ámbito nacional, tal y como se ha logrado con las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales, las cuales existen en la mayoría de los estados de la República Mexicana. Estos

*Valdez R. Propuesta de enmienda a la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOMEM-002-SSA2-1993, para atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. México, 1996. Documento no publicado.

centros deberán estar estrechamente relacionados con la red de servicios del Sector Salud y contar con el respaldo gubernamental, tanto en lo financiero como en lo operativo.

5. Realizar un diagnóstico nacional con los datos existentes hasta el momento en diversas regiones del país, tanto de los centros especializados en la atención de casos, como de los estudios realizados sobre el tema. Cabe señalar que sólo en nueve entidades existen servicios especializados en la atención a MM (Baja California Sur, Sonora, Coahuila, Michoacán, Colima, Estado de México, D.F., Chiapas y Veracruz).

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las mujeres que contestaron a las preguntas a pesar de encontrarse en un momento difícil, sin su participación este trabajo no hubiese sido posible; a Patricia Pedroza quien participó en la recolección de los datos de los expedientes hospitalarios; a las autoridades del Hospital Civil de Cuernavaca por confiar en la importancia del estudio y a las doctoras McFarlane y Silva por el valioso intercambio de experiencias, que tanto enriqueció el proceso del trabajo.

REFERENCIAS

1. Walker Y. The battered woman syndrome. Nueva York: Springer Publishing, 1984.
2. Council on Scientific Affairs. Violence against women: Relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267(23):3184-3189.
3. Stark E, Flitcraft A. Violence among intimates: An epidemiological review. En: Van Hasselt, ed. *Handbook of family violence*. Nueva York: Plenum Publishing 1988:293-318.
4. Rosenberg M, Fenley MA. Violence in America: A public health approach. Nueva York: Oxford University Press, 1991.
5. Valdez R, Shrader E. Características y análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una microregión de Ciudad Nezahualcóyotl. En: Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica, ed. *Aun la luna a veces tiene miedo*. México, D.F.: CECOVID, 1992:35-49.
6. Ramírez JC, Uribe G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Pública Mex* 1993;35:148-160.
7. Heise L. Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud. Washington, D.C.: El Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
8. Goodwin TM, Breen MT. Pregnancy outcome and fetomaternal hemorrhage after non catastrophic trauma. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:665-671.
9. Helton AJ, McFarlane J, Anderson E. Battered and pregnant: A prevalence study. *Am J Public Health* 1987; 77:1337-1339.
10. Newberger EH, Barkon SE, Liebermann ES, McCormick MC, Yllo K, Gary LT *et al*. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. *JAMA* 1992;267(17):121-123.
11. Kramer M. Determinants of low birth weight: Methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 1987;65:663-737.
12. Carrillo R. Battered dreams: Violence against women as an obstacle to development. Nueva York: United Nations Fund for Women, 1992.
13. Heise L. Beyond reproductive health-nutrition, violence and mental health. En: 18 Annual NCIH International Health Conference; 1991 June 23-26; Crystal City (VA).
14. Stark E, Flitcraft A. Spouse Abuse. En: Rosenberg M, Fenley MA, ed. *Violence in America: A public health approach*. Nueva York: Oxford University Press, 1991.
15. Calhou D. Wife abuse: An opportunity for prevention. *Injury Prevention Network Newsletter*. San Francisco, California: The Trauma Foundation, 1988;5(1):1-5.
16. Koss M, Koss P, Woodruff D. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Int Med* 1991;151:342-347.
17. Rosenberg A, Stark E, Zahn M. Interpersonal violence: Homicide and spouse abuse. En: Last JM, ed. *Public*

- health and preventive medicine. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1986.
18. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: Frequency, severity, perpetrator, and risk factor of homicide. *Public Health Nurs* 1995;12(5): 284-289.
 19. Centers for Disease Control. Physical violence during the 12 months preceding childbirth-Alaska, Maine, Oklahoma, and West Virginia, 1990-1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994;43(8):132-137.
 20. Hillard PJ. Physical abuse in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;66(2):185-190.
 21. Schei B, Samuelsen SO, Bakketeig LS. Does spouse physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scand J Soc Med* 1991;19(1):26-31.
 22. Webster J, Sweett S, Stolz TA. Domestic violence in pregnancy. A prevalence study. *Med J Aust* 1994;161(8): 466-470.
 23. Dye TD, Tollivert NJ, Lee RV, Kenney CJ. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1995;9(1):35-47.
 24. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet Gynecol* 1994;84(3): 323-328.
 25. O'Campo P, Gielen AC, Faden RR, Kass N. Verbal abuse and physical violence among a cohort of low-income pregnant women. *Womens Health Issues* 1994;4(1): 29-37.
 26. Bewley CA, Gibbs A. Violence in pregnancy. *J Nurse Midwifery* 1991;7(3):107-112.
 27. Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP. Blunt trauma during pregnancy. *N Engl J Med* 1990;323:1609-1613.
 28. Stata Corporation: Stata reference manual: Release 3.1. College Station, TX., 1993.
 29. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research. Principles and quantitative methods. Nueva York: Van Nostrand Reinhold, 1982.
 30. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo de Población y Vivienda. México, D.F.: INEGI, 1990.
 31. Norbeck J, Peterson VT. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. *J Health Soc Behav* 1983;24:30-46.
 32. Norbeck J, Anderson NJ. Psychosocial predictors of pregnancy outcomes in low-income black, Hispanic, and white women. *Nurs Res* 1989;38:204-209.
 33. McFarlane J, Christoffel K, Bateman L, Miller V, Bullock L. Assessing for abuse: Self-report nurse interview. *Public Health Nurs* 1991;8(4):245-250.
 34. Samuelsen SO, Bakketeig LS. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scand J Soc Med* 1991;19(1):26-31.
 35. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res* 1996;45(1):37-42.
 36. Bullock L, McFarlane J. The birth weight battering connection. *Am J Nurs* 1989;89(9):1153-1155.
 37. Bohn DK. Domestic violence and pregnancy. Implications for practice. *J Nurse Midwifery* 1990;35(2):86-98.
 38. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(5):1644-1645.
 39. McFarlane J. Battering during pregnancy: Tip of an iceberg revealed. *Women Health* 1989;15(3):69-88.
 40. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: Relationships to poor health behavior. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:1107-1111.
 41. Zapata B, Rebolledo A, Atalah E, Newman B, King M. The influence of social and political violence on the risk of pregnancy complications. *Am J Public Health* 1992;82(5):685-690.
 42. Díaz C, Sotelo J. Domestic violence in Mexico. *JAMA* 1996;275(24):1937-1941.
 43. Stewart A. Protocol of care for the battered woman. Prevention of battering during pregnancy. Nueva York: March of Dimes Birth Defects Foundation, 1987.
 44. Taylor W, Campbell J. Treatment protocols for battered women. *Response/ Issue* 1981;14(4):16-21.
 45. Haack D. Suggested protocols for victims of spousal and elder abuse. Colorado: Colorado Department of Health, Center for Disease Control, United States, 1992.
 46. Young A, McFarlane J. Preventing abuse during pregnancy: A national educational model for health providers. *J Nurs Educ* 1991;30(5):202-206.