Musas, vol. 8, núm. 1 (2023): 103-124. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas2023.vol8.num1.6

COMPLICACIONES EN EL PARTO Y EL PUERPERIO ENTRE LAS GESTANTES DE UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA QUE ESTÁN EXPUESTAS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Complicacions en el part i el puerperi entre les gestants d'una població espanyola que estan exposades a violència de gènere

Complications in Childbirth and Puerperium among Pregnant Women in a Spanish Community Exposed to Gender Violence

María Analía Gómez-Fernández[1]; Iris Parra-Vega[2]; Osval Corral-Vázquez[3]

Autora correspondencia: María Analía Gómez-Fernández

Correo electrónico: analiagomez2@yahoo.es

1. Doctora en Enfermería por la Universidad de Barcelona. Matrona de Atención Primaria. Centro de Atención Primaria La Bañeza. Gerencia de Atención Primaria de León. Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl). Grupo de Estudios Mujer, Salud, Ética (Universitat de Barcelona). (*León, España*)

2. Enfermera del Hospital del Bierzo. Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl). (*León, España*)

3. Enfermero de Atención Primaria (Ponferrada II). Gerencia de Atención Primaria del Bierzo. Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl). (*León, España*)

Recibido: 22/06/2022 Aceptado: 02/09/2022

Copyright © 2023, María Analía Gómez; Iris Parra-Vega; Osval Corral-Vázquez
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial

RESUMEN

OBJETIVO. Explorar si la exposición a la violencia de género (VG) durante el embarazo en una población española se relaciona con complicaciones en el parto que impliquen un parto mediante cesárea o con complicaciones del puerperio. **METODOLOGÍA.** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo llevado a cabo en dos centros públicos de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Las gestantes, asistidas por matronas de los centros participantes, cumplimentaron el cuestionario validado de detección de VG Index of Spouse Abuse. Conjuntamente se recogieron variables sociodemográficas y obstétricas. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante de los datos. **RESULTADOS.** Se obtuvo una muestra de 381 gestantes. La prevalencia de VG psicológica fue del 7.35%, la física del 3.67% y alguna forma de violencia del 8.92%. La exposición a la VG psicológica o a alguna forma de violencia aumenta significativamente las complicaciones durante el parto (p=0.031 y p=0.025, respectivamente). De igual forma, la exposición a la VG física aumenta el riesgo de complicaciones del puerperio (p=0.024). Sin embargo, la exposición a alguna forma de VG no se asoció, después de ajustar otros factores explicativos, con el parto mediante cesárea (OR=1; IC=0.29-3.03; p=0.994). **CONCLUSIONES.** La exposición a la VG aumenta las complicaciones durante el parto y el puerperio. Por tanto, la detección precoz de la VG durante el embarazo es fundamental para brindar a las mujeres un apoyo adicional e informar de los recursos de ayuda para que ello pueda tener un impacto positivo en los resultados del nacimiento.

***Palabras claves*:** violencia de género; embarazo; complicaciones; parto; posparto**.**

RESUM

OBJECTIU. Explorar si l'exposició a la violència de gènere (VG) durant l'embaràs en una població espanyola es relaciona amb complicacions en el part que impliquin un part mitjançant cesària o amb complicacions del puerperi. **METODOLOGIA**. Estudi observacional, descriptiu i prospectiu dut a terme en dos centres públics de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Les gestants, assistides per matrones dels centres participants, van emplenar el qüestionari validat de detecció de VG Index of Spouse Abuse. Conjuntament es van recollir variables sociodemogràfiques i obstètriques. Es va realitzar una anàlisi descriptiva, bivariant i multivariant de les dades. **RESULTATS**. Es va obtenir una mostra de 381 gestants. La prevalença de VG psicològica va ser del 7.35%, la física del 3.67% i alguna forma de violència del 8.92%. L'exposició a la VG psicològica o a alguna forma de violència augmenta significativament les complicacions durant el part (p=0.031 i p=0.025, respectivament). D'igual forma, l'exposició a la VG física augmenta el risc de complicacions del puerperi (p=0.024). No obstant això, l'exposició a alguna forma de VG no es va associar després d'ajustar altres factors explicatius amb el part mitjançant cesària (OR=1; C=0.29-3.03; p=0.994). **CONCLUSIONS**. L'exposició a la VG augmenta les complicacions durant el part i el puerperi. Per tant, la detecció precoç de la VG durant l'embaràs és fonamental per a brindar a les dones un suport addicional i informar dels recursos d'ajuda perquè això pugui tenir un impacte positiu en els resultats del naixement.

***Paraules clau*:** violència de gènere; embaràs; complicacions; part; postpart.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To explore whether exposure to gender-based violence (GBV) during pregnancy in a Spanish community is related to birth complications involving cesarean delivery or to puerperium complications. **METHODOLOGY**. Observational, descriptive and prospective study carried out in two public centers in L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). The pregnant women, assisted by midwives of the participating centers, completed the validated questionnaire for the detection of GBV Index of Spouse Abuse. Sociodemographic and obstetric variables were also collected. A descriptive, bivariate and multivariate analysis of the data was performed. **RESULTS**. A sample of 381 pregnant women was obtained. The prevalence of psychological GBV was 7.35%, physical GBV was 3.67% and some form of violence was 8.92%. Exposure to psychological GBV or some form of violence significantly increased complications during labor (p=0.031 and p=0.025, respectively). Similarly, exposure to physical GBV increases the risk of puerperium complications (p=0.024). However, exposure to some form of GV was not associated after adjusting for other explanatory factors with delivery by cesarean section (OR=1; CI=0.29-3.03; p=0.994). **CONCLUSIONS**. Exposure to VG increases complications during labor and puerperium. Therefore, early detection of GV during pregnancy is critical to provide women with additional support and available resources so that this can have a positive impact on birth outcomes.

Keywords: Gender Violence; Pregnancy; Birth Complications; Labor; Puerperium

INTRODUCCIÓN[1,2]

La violencia de género (VG) es una violación fundamental de los derechos humanos (OMS, 2013). Las Naciones Unidas (1993) definieron VG como «todo acto de agresión a la mujer basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), una de cada tres mujeres en todo el mundo está o ha estado expuesta a la VG.

Las mujeres españolas no son una excepción. Según la *Macroencuesta de violencia contra la mujer* de 2019 (Ministerio de Igualdad, 2021), 1 de cada 2 mujeres (57,3%) residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia a lo largo de sus vidas. Las mujeres jóvenes la experimentan en mayor medida: el 71,2% de las mujeres de 16 a 24 años y el 68,3% de las mujeres de 25 a 34 años han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de sus vidas frente al 42,1% de las que tienen 65 o más años. Respecto a las víctimas mortales, 47 mujeres fueron asesinadas por sus parejas o exparejas en el año 2021, quedando huérfanos/as por VG 7 menores de 18 años.

La VG, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación de violencia haya terminado (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012). De hecho, las mujeres víctimas de VG perciben que tienen peor salud respecto a las mujeres que no han sufrido VG (Ministerio de Igualdad, 2015) y presentan una peor calidad de vida (Tavares de Lucena et al., 2017).

Las graves consecuencias que tiene para la salud de la mujer se amplían si esta ocurre durante el embarazo, por la posibilidad de desencadenar complicaciones en la gestación, parto y posparto, tales como un mayor riesgo de aborto, retraso de crecimiento intrauterino, parto prematuro o depresión posparto, entre otros, pudiendo tener, por tanto,

[1] La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha sido financiada por el proyecto Recercaixa 2016ACUP 0083, así como, de modo parcial, por la Fundación Enfermería y Sociedad en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16).

[2] Los resultados de este trabajo derivan de la tesis doctoral de Mª Analía Gómez-Fernández (Programa de Doctorado en Enfermería y Salud en la Universitat de Barcelona. Las autoras y autor de este artículo han hecho contribuciones sustanciales en el trabajo: MAGF en el diseño del trabajo, la adquisición, análisis de los datos e IPV y OCV en la revisión bibliográfica, interpretación de los datos y/o la redacción del artículo. Todas las autoras han aprobado la versión que se presenta.

repercusiones no solo en la madre, sino también en el recién nacido (Gómez-Fernández et al., 2021; Martín-de-Las-Heras et al., 2022). Por otro lado, los hijos e hijas de las mujeres que están expuestas a VG son víctimas directas de la VG (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012). Tal es así que la VG ejercida contra la madre se considera una forma de maltrato infantil, puesto que sus hijos pueden recibir violencia, son testigos y en ocasiones son utilizados por parte del agresor como instrumento para infligir daño a la mujer (Ahmadabadi et al., 2018; Generalitat de Catalunya, 2017; UNICEF, 2006). En su conjunto, las mujeres expuestas a cualquier forma de VG acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en particular a atención primaria (AP), urgencias, obstetricia y ginecología, y servicios de salud mental (García-Moreno et al., 2015). Se estima que de las mujeres que acuden a los servicios de salud comunitaria y de urgencias, entre el 38% y el 40% sufren o han sufrido VG. El motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación encubierta (Sprague et al., 2014), identificándose una minoría de los casos (Coll-Vinent et al., 2008). Asimismo, según la literatura, las mujeres embarazadas en entornos sanitarios prenatales es más probable que revelen la VG (O'Doherty et al., 2014) y valoran de forma positiva que se les pregunte sobre VG (Kataoka & Imazeki, 2018). Siempre se debe indagar sobre VG de una forma segura para la mujer, es decir, de forma privada y asegurando la confidencialidad (OMS, 2001).

Avanzar en el conocimiento de la violencia permite visibilizar el problema de salud, entender el fenómeno y desarrollar respuestas desde los centros sanitarios. El objetivo del trabajo fue explorar si la exposición a la VG durante el embarazo en una población española se relaciona con complicaciones en el parto que impliquen un parto mediante cesárea o con complicaciones del puerperio.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo.

Ámbito

Los dos centros públicos de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Just Oliveras y Ronda Torrassa, los cuales cuentan con 13 matronas que asisten a una media de 2100 gestantes al año.

Sujetos

Mujeres gestantes que hablan español y son asistidas por matronas de los centros participantes. Se excluyeron menores de edad, mujeres que no habían tenido pareja masculina en el último año y/o que acudirían para la asistencia al parto a un centro privado.

El tamaño muestral fue calculado para el ajuste del modelo multivariante, siguiendo las recomendaciones de Peduzzi et al. (1996): disponer de diez eventos de interés por parámetro a estimar. Respecto al evento cesárea, se planteó el análisis de cuatro variables explicativas junto con el término independiente, siendo necesario disponer de 50 casos de mujeres cuyo parto fuera mediante cesárea. Asumiendo un porcentaje previsible de 15% de cesáreas (según los datos del hospital de referencia: Hospital General de L´Hospitalet durante el año 2017), y previendo una pérdida de casos del 5%, era necesario acceder al seguimiento del embarazo como mínimo de un total de 349 gestantes.

Variables

- **Sociodemográficas**: edad (en años, agrupada en: <26, 26-37 y >37), nacionalidad (país de nacimiento, agrupada en: África, Asia, España, Indo-Pakistán, Resto de Europa y Sudamérica-Centroamérica), nivel de estudios (agrupada en: sin estudios, estudios primarios, secundarios y universitarios), y situación laboral (agrupada en: baja laboral, estudiante, pensionista, prestación por desempleo, tareas domésticas y trabajo activo).
- **Exposición o no a la VG**: psicológica, física y cualquier forma de VG (incluye VG psicológica o física) determinado por el cuestionario Index of Spouse Abuse (ISA). En caso de exposición a la violencia: momento de inicio de la violencia (antes del embarazo o durante el embarazo).
- **Nivel de riesgo (bajo, medio, alto, muy alto) y factores de riesgo gestacional al final del embarazo que aumentan el riesgo de un parto mediante cesárea**,

según el protocolo de seguimiento del embarazo de Cataluña vigente durante la elaboración del trabajo) (Generalitat de Catalunya, 2005). El cual clasifica los diferentes problemas de salud o complicaciones que pueden aparecer en el curso del embarazo como factores de riesgo medio, alto o muy alto.

- **Presencia o no de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea según la evidencia científica**: cesárea previa, inducción al parto, macrosomía fetal (>4000g), prematuridad (menos de 37 semanas de gestación) y/o presentación fetal anómala (diferente a vértice) (Generalitat de Catalunya, 2017; Martínez, 2014; OMS, 2015; Sociedad Española de Pediatria, 2008; Tomasdottir et al., 2016).
- **Tipo de parto** (eutócico, cesárea o instrumentado [incluye espátulas, fórceps y ventosa]), presencia o no de complicaciones del parto (hemorragia, infección, mortalidad materna, sospecha de pérdida de bienestar fetal, trombosis, otros). Según diagnóstico empírico o analítico.
- **Puerperio** (periodo de la cuarentena): presencia o no de complicaciones del puerperio (depresión puerperal, infección por mastitis, de la sutura, urinaria o uterina, hemorragia, otros). Según diagnóstico empírico o analítico.

Recogida de datos

Para realizar el trabajo se siguieron las *Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres* de la Organización Mundial de Salud (2001) y se cumplió con la *Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* (Jefatura del Estado, 2018). Se obtuvo la aprobación por parte de la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona (IRB00003099) y del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (P15/129).

Tras realizar una revisión de los cuestionarios validados de detección de VG (Gómez-Fernández, Goberna-Tricas y Payà-Sánchez, 2018), se decidió utilizar el cuestionario Index of Spouse Abuse (ISA) en su versión adaptada al español, por sus excelentes propiedades psicométricas (α Cronbach 0.98) (Plazaola-Castaño et al., 2009) y porque a través de 30 preguntas indaga sobre violencia psicológica y/o física. La recogida de datos se llevó a cabo entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018.

La técnica de muestreo fue no probabilístico accidental (Icart-Isern, Fuentelsaz-Gallego, & Pulpón-Segura, 2006). Las matronas ofrecieron a las mujeres participar de forma consecutiva en el estudio a medida que éstas acudieron a la consulta de alguno de los centros participantes para el seguimiento gestacional (a partir de la segunda visita), una vez que se comprobó que cumplían los criterios de inclusión.

Se les facilitó, de forma verbal y escrita, información de los objetivos y del procedimiento del estudio. De aceptar participar, se solicitó su consentimiento por escrito, asegurándoles la confidencialidad y anonimato (se les entregó una copia de dicho consentimiento). Las matronas cumplimentaron un cuestionario *ad hoc* con los datos sociodemográficos y obstétricos; y pidieron a la mujer que autocumplimentara el cuestionario ISA a solas en formato impreso. Una de las investigadoras (MAGF) evaluó el cuestionario ISA e comunicó a la matrona el resultado del mismo, para, en sucesivas visitas de seguimiento del embarazo, informar a la mujer del resultado del cuestionario. En caso de ser positivo, si la mujer no tenía una visita sucesiva programada, se citaba expresamente (en el plazo máximo de un mes) para ofrecerle recursos de ayuda y seguidamente preguntarle por el momento de inicio de la violencia (antes o durante el embarazo).

Se realizó el seguimiento entre 2 y 6 meses después, accediendo a la Historia Clínica Informatizada, para obtener los datos relacionados con el tipo de parto, la presencia de complicaciones del parto y/o del puerperio.

Análisis

Las variables cuantitativas se describieron mediante mediana y rango intercuartil y las categóricas se expresaron con frecuencia absoluta y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizó el *Test exacto de Fisher para las variables categóricas*. Para estudiar el efecto de la exposición a la VG y otros factores se ajustaron modelos de regresión logística multivariante sobre la variable cesárea. Un valor de $p < 0{,}05$ se consideró significativo, y un odds ratio <1 la reducción del riesgo, mientras que un odds ratio >1 mayor riesgo. El paquete estadístico utilizado fue R, versión 3.5.1.

Validez y rigor

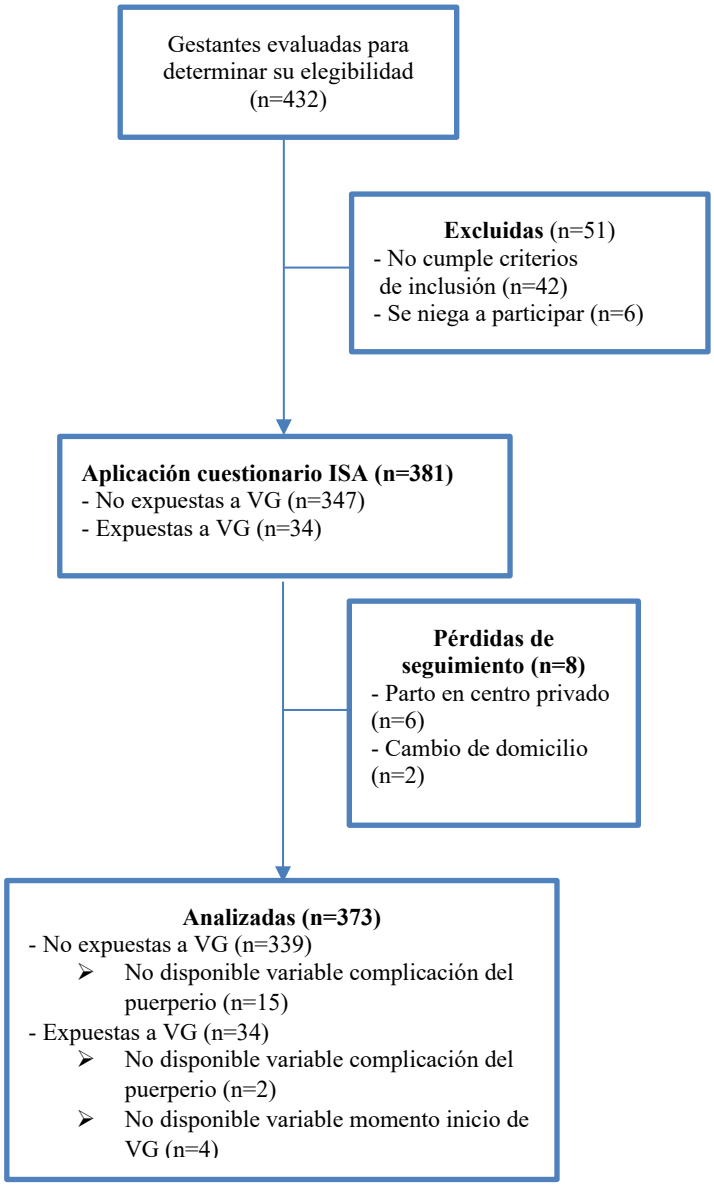
Se expone de forma detallada la recogida y análisis de los datos. La muestra ha sido calculada mediante métodos estadísticos de rigor científico y la variable VG se ha

determinado con un cuestionario validado. Por otro lado, se ha realizado un análisis multivariante sobre la variable cesárea para indagar la relación causa-efecto.

RESULTADOS

Como se describe en la **Figura 1**, se valoró a 432 gestantes, a fin de determinar su elegibilidad: 51 fueron excluidas (45 por no cumplir criterio de inclusión y 6 por negarse a participar), cumplimentando el cuestionario ISA 381 mujeres. Se produjeron 8 pérdidas durante el seguimiento. Finalmente 373 casos de gestantes fueron analizados.

Figura 1. Esquema general de la recogida de datos



A continuación, se procede a describir la muestra. En la **Tabla 1** se recogen las características sociodemográficas de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA (n=381). La mediana de edad es de 32 años. Existe un claro predominio de mujeres procedentes de Sudamérica-Centroamérica: el 48.03% (n=183). Prevalecen las mujeres que tienen estudios primarios (31.23%; n=119) o secundarios (49.87%; n=190). El 75.85% (n=289) de las mujeres presentan una situación laboral que les reporta ingresos, ya sea por trabajo activo, prestación por desempleo, baja laboral o pensión.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA

	N=381
Edad	
<26	76 (19.95%)
26-37	237 (62.20%)
>37	68 (17.85%)
	M_e=32.00
Nacionalidad	
África	29 (7.61%)
Asia	1 (0.26%)
España	144 (37.80%)
Indo-Pakistán	7 (1.84%)
Resto de Europa	17 (4.46%)
Sudamérica-Centroamérica	183 (48.03%)
Nivel de estudios	
Sin estudios	5 (1.31%)
Primarios	119 (31.23%)
Secundarios	190 (49.87%)
Universitarios	67 (17.59%)
Situación laboral	
Baja laboral	62 (16.27%)
Estudiante	13 (3.42%)
Pensionista	1 (0.26%)
Prestación por desempleo	44 (11.55%)
Tareas domésticas	79 (20.73%)
Trabajo activo	182 (47.77%)

Nota: M_e=mediana

En la **tabla 2** se detallan el nivel de riesgo gestacional y los factores de riesgo específico, que aumentan el riesgo de cesárea, que presentaban las mujeres a las que se pudo realizar seguimiento (n=373). Predomina la presencia de un riesgo gestacional medio (34.58%; n=129) o alto (33.51%; n=125). Entre los factores de riesgo, los cinco más prevalentes son: mayor de 38 años (17.43%; n=65), obesidad (17.16%; n=64), cirugía uterina previa (14.21%; n=53), incremento excesivo de peso (10.99%; n=41) y diabetes gestacional (10.72%; n=40). En la tabla se detallan los factores de riesgo específicos que aumentan el riesgo de una cesárea, los cuales fueron usados en el análisis multivalente.

Tabla 2. Factores de riesgo gestacional

			N=373
Nivel de riesgo gestacional			
Bajo			86 (23.06%)
Medio			129 (34.58%)
Alto			125 (33.51%)
Muy Alto			33 (8.85%)
Factores de riesgo gestacional que aumenta el riesgo de una cesárea.			
Riesgo medio			
• **Estatura baja** • **Mayor de 38 años** • **Obesidad** • **Periodo intergenésico menor a 12 meses**	3 (0.80%) 65 (17.43%) 64 (17.16%) 7 (1.88%)	• Control insuf. Gestación • Embarazo no deseado • Cardiopatía grado 1 • Incremento excesivo de peso	35 (9.38%) 3 (0.80%) 2 (0.54%) 41 (10.99%)
Riesgo alto			
• **Anemia grave** • **Gemelar** • **Historia obstétrica desfavorable** • **Cirugía uterina previa**	3 (0.80%) 3 (0.80%) 23 (6.17%) 53 (14.21%)	• Diabetes gestacional • Obesidad mórbida • Preeclampsia leve • Infección materna	40 (10.72%) 2 (0.54%) 14 (3.75%) 11 (2.95%)
Riesgo muy alto			
• **Malformación uterina** • **Patología asociada grave** • **Cardiopatía grado 3 y 4**	3 (0.80%) 11 (2.95%) 2 (0.54%) 6 (1.61%)	• CIR • Placenta previa • Preeclampsia grave • APP • Rotura de membranas pretérmino	5 (1.34%) 1 (0.27%) 3 (0.80%) 6 (1.61%) 7 (1.88%)
Otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea			
• **Inducción al parto** • **Cesárea previa** • **Macrosomía** • **Presentación anómala** • **Prematuridad**	104 (27.88%) 52 (13.94%) 28 (7.51%) 17 (4.56%) 16 (4.29%)		

Nota: CIR= Crecimiento intrauterino retardado; APP= Amenaza de parto prematuro.

Respecto al tipo de parto **(Tabla 3)**, el 72.39% (n=270) tuvieron un parto eutócico, el 20.64% (n=77) una cesárea, y las restantes (6.97%; n=26) un parto instrumentado, incluyendo fórceps, ventosa o espátulas. El 76.94% de los partos se produjeron en el hospital de referencias (Hospital General de L´Hospitalet); el resto se distribuyeron en otros ocho hospitales públicos. El 9.12% (n=34) de las mujeres tuvieron algún tipo de complicación en el parto, siendo la complicación más frecuente la sospecha de pérdida de bienestar fetal (6.97%; n=26). De las 356 mujeres que se pudo averiguar si tuvieron alguna complicación durante el puerperio: el 10.11% (n=36) sí presentaron alguna complicación, siendo la infección por mastitis la más prevalente (3.93%; n=14).

Tabla 3. Tipo de parto, complicaciones durante el parto y durante el puerperio

Tipo de parto (n=373)	
Eutócico	270 (72.39%)
Cesárea	77 (20.64%)
Fórceps	17 (4.56%)
Ventosa	7 (1.87%)
Espátulas	2 (0.54%)
Complicaciones durante el parto (n=373)	
Sin complicaciones	339 (90.88%)
Sospecha de pérdida de bienestar fetal	26 (6.97%)
Infección	4 (1.07%)
Hemorragia	3 (0.80%)
Otros (pre-eclampsia)	1 (0.28%)
Trombosis y mortalidad	0 (0.00%)
Complicaciones durante el puerperio (n=356)	
Sin complicaciones	320 (89.89%)
Infección mastitis	14 (3.93%)
Depresión puerperal	7 (1.97%)
Infección de orina	6 (1.69%)
Hemorragia	3 (0.84%)
Infección sutura	2 (0.56%)
Infección uterina	2 (0.56%)
Otros (hipertensión arterial y cefalea por punción accidental de duramadre)	2 (0.56%)

En consideración a la exposición a la VG, la **Tabla 4** expone los resultados de todas las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA (n=381). El 8.92% de las mujeres están expuestas a la VG (n=34), el 7.35% a violencia psicológica y el 6.67% física. Referente al momento del inicio de la violencia, entre las mujeres de las que se dispone el dato (n=30), en 27 casos se inició la violencia antes de embarazo (90.00%) y en 3 casos durante el embarazo (10.00%).

Tabla 4. Exposición a la violencia de género

		N= 381
Alguna forma de violencia	No expuestas	347 (91.08%)
	Expuestas	34 (8.92%)
Violencia psicológica	No expuestas	353 (92.65%)
	Expuestas	28 (7.35%)
Violencia física	No expuestas	367 (96.33%)
	Expuestas	14 (3.67%)

En la **Tabla 5** se muestra el análisis bivariante según la exposición a la violencia psicológica, física y alguna forma de VG (cualquiera de las dos anteriores) (entre las mujeres que se pudo realizar el seguimiento) y su asociación con las variables tipo de parto, complicaciones del parto y complicaciones del puerperio. Apareció un aumento de la prevalencia de complicaciones durante el parto significativamente mayor entre las mujeres expuestas a la violencia psicológica (p=0.031) y alguna forma de violencia (p=0.025). En el caso de la exposición a violencia física, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa (p=0.371). Existe una prevalencia mayor de cesáreas y menor de partos eutócicos entre las mujeres expuestas a la VG (sin significancia estadística). Referente a las complicaciones del puerperio, de las 356 mujeres que se dispone del dato, existen un aumento de la prevalencia de complicaciones significativamente mayor durante el puerperio entre las mujeres expuestas a la violencia física (p=0.024). En el caso de la exposición a violencia psicológica y a alguna forma de violencia, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa (p=0.508 y p=0.349, respectivamente).

Tabla 5. Tipo parto, complicaciones del parto y del puerperio según exposición de las gestantes a la violencia de género

	Violencia psicológica			Violencia física			Alguna forma de violencia		
N=373	No expuestas VG (n=345)	Expuestas VG (n=28)	p	No expuestas VG (n=359)	Expuestas VG (n=14)	p	No expuestas VG (n=339)	Expuestas VG (n=34)	p
Tipo de parto			0.482			0.638			0.590
Eutócico	252 (73.04%)	18 (64.29%)		260 (72.43%)	10 (71.43%)		247 (72.86%)	23 (67.65%)	
Cesárea	69 (20.00%)	8 (28.57%)		73 (20.33%)	4 (28.57%)		68 (20.06%)	9 (26.47%)	
Instrument.	24 (6.96%)	2 (7.14%)		26 (7.24%)	0 (0.00%)		24 (7.08%)	2 (5.88%)	
Complicaciones en el parto			**0.031**			0.371			**0.025**
No	317 (91.88%)	22 (78.57%)		327 (91.09%)	12 (85.71%)		312 (92.04%)	27 (79.41%)	
Sí	28 (8.12%)	6 (21.43%)		32 (8.91%)	2 (14.29%)		27 (7.96%)	7 (20.59%)	
N=356	No expuestas VG (n=328)	Expuestas VG (n=28)	p	No expuestas VG (n=344)	Expuestas VG (n=12)	p	No expuestas VG (n=324)	Expuestas VG (n=32)	p
Complicaciones del puerperio			0.508			**0.024**			0.349
No	296 (90.24%)	24 (85.71%)		312 (90.70%)	8 (57.14%)		293 (90.43%)	27 (84.38%)	
Sí	32 (9.76%)	4 (14.29%)		32 (9.30%)	4 (33.33%)		31 (9.57%)	5 (15.62%)	

Nota: Instrument= Parto instrumentado (incluye espátulas, fórceps y ventosa); p=Valor de p.

En la **Tabla 6** se exponen los resultados, mediante análisis multivariante, de la asociación entre VG y parto mediante cesárea, ajustado con otros factores. Este análisis muestra que no existe asociación entre la presencia de factores de riesgo gestacional y el parto por cesárea. Sin embargo, existe una asociación positiva significativa entre presencia de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea (inducción, cesárea previa, macrosomía, presentación fetal anómala, y/o prematuridad) (OR=8.31; IC=4.16-18.06; p<0.001). Del mismo modo aparece una asociación positiva significativa con la presencia de complicaciones durante el parto (OR=16.60; IC=6.78-44.33; p<0.001). Finamente, no se determina asociación entre alguna forma de VG y el parto por cesárea (OR=1; IC=0.29-3.03; p=0.994).

Tabla 6. Modelo de regresión logística sobre parto por cesárea de las mujeres que continúan con el embarazo

	Odds Ratio (IC 95%)	p
Intercepto	0.04 (0.02, 0.09)	**<0.001**
Presencia de factores de riesgo gestacional (que aumentan la incidencia de una cesárea)	1.20 (0.59, 2.51)	0.625
Presencia de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea	8.31 (4.16, 18.06)	**<0.001**
Presencia de complicaciones durante el parto	16.60 (6.78, 44.33)	**<0.001**
Alguna forma de VG	1.00 (0.29, 3.03)	0.994

Nota: p= Valor de p; OR= Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de confianza al 95%.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se decidió pedir a las gestantes que cumplimentaran el cuestionario ISA en cualquier momento de la gestación menos en la primera visita de embarazo, puesto que, según Garnweidner-Holme, et al. (2017), las mujeres entrevistadas (las cuales habían sufrido VG durante el embarazo) sugerían que las matronas pregunten sobre VG a mitad o hacia el final del embarazo, ya que opinan que al comienzo del embarazo existe mucha información sobre otros problemas relacionados con la salud, y porque creen que es importante que primero se construya una relación de confianza con la matrona.

En este estudio el 8.92% de las gestantes estaban expuestas a la violencia, cifra superior a otros trabajos, como sería por ejemplo los resultados de un estudio llevado a

cabo en Suecia, donde el 2% de las mujeres habían experimentado violencia durante el embarazo (Finnbogadóttir, Baird y Thies-Lagergren, 2020). Algunos trabajos concluyen que el embarazo es un factor de riesgo para la exposición a la VG (Baird, 2015; James, Brody y Hamilton, 2013; Lafaurie, 2015) o incluso que se puede convertir en más grave cuando ya existía previamente (Brownridge et al., 2011), a causa de factores tales como las preocupaciones financieras, la disminución de la disponibilidad física y emocional de la mujer durante el embarazo y/o las dudas sobre la paternidad (Bacchus, Mezey y Bewley, 2006). La OMS (2011) alude a que existe literatura contradictoria sobre si la VG aumenta o disminuye durante el embarazo. En este trabajo, de las mujeres expuestas a la VG, la violencia había iniciado previamente a la gestación en el 90% de los casos. Datos similares a los obtenidos por Finnbogadóttir et al. (2016), donde el 86.58% de las mujeres embarazadas que estaban expuestas a la VG, la violencia había iniciado previamente a la gestación. Un estudio multinacional de la OMS (2011) determina que la mayoría de las mujeres que denunciaron violencia física durante el embarazo también fueron golpeadas antes del mismo. En ese mismo sentido, según James et al. (2013), las mujeres embarazadas cuyas parejas ejercían VG previamente tenían cuatro veces más posibilidades de sufrirla durante el embarazo que las mujeres sin historia de VG previa, siendo por tanto la VG antes del embarazo el factor de riesgo más fuerte para predecirla durante el mismo (Islam et al., 2018; Wang et al., 2017).

En relación con el parto, los resultados del presente trabajo determinan que existe una prevalencia mayor de cesáreas y menor de partos eutócicos entre las mujeres expuestas a VG, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. La asociación entre VG y cesárea desaparece al ajustar otros factores explicativos, igual que en el trabajo de Velasco-Juez (2015). Sin embargo no sigue la línea de otras investigaciones (Faramarzi, Esmaelzadeh y Mosavi, 2005; Hassan et al., 2014; Shamu et al., 2018). No obstante, en los resultados que se presentan surgió un aumento de la prevalencia de complicaciones durante el parto significativamente mayor entre las mujeres expuestas a la violencia psicológica y alguna forma de violencia. En el caso de la exposición a violencia física, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa. Este hecho refuerza las teorías de cómo la violencia psicológica puede tener repercusiones no solo en la salud psicológica de la mujer, sino también en la física, debido al estrés y la somatización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012), siendo similar a los hallazgos de Ferdos et al. (2018), Martínez-Galiano (2017) o Rahman et al. (2013), donde la VG durante el

embarazo se asociaba a complicaciones tales como sangrado vaginal, infección o registros no tranquilizadores durante el trabajo de parto, entre otros.

En este estudio se halló una prevalencia de complicaciones significativamente mayor durante el puerperio entre las mujeres expuestas a la violencia física. En el caso de la exposición a violencia psicológica y a alguna forma de violencia, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa. En este mismo sentido, la literatura disponible asocia la VG durante el embarazo con menor lactancia en el año posterior al nacimiento (Da Thi Tran, Murray y Van Vo, 2022) y con depresión postparto (Ahmad et al., 2018; Dahlen et al., 2018; Kornfeld et al., 2012). En el caso de la depresión posparto, puede derivar en problemas de vinculación afectiva con el/la recién nacido/a, que a su vez puede influir en su desarrollo madurativo (Nishigori et al., 2018; Taillieu, Brownridge y Brownell, 2021). De igual forma se ha determinado una asociación entre los síntomas de depresión materna y un aumento de los síntomas de depresión en la adolescencia (Chen, Cheung y Huang, 2022).

En este trabajo existen una serie de limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados: surge la reflexión acerca del posible sesgo de respuesta, es decir, aquellas mujeres que, a pesar de encontrarse en una situación de VG, deciden no revelarla falseando la cumplimentación del cuestionario. Por otra parte, el estudio no se ha cegado, puesto que se ha priorizado abordar las situaciones de VG e informar a las mujeres de los recursos disponibles. No obstante, ese hecho no ha modificado la asistencia durante el seguimiento del embarazo y los profesionales que prestaron asistencia al parto desconocían el resultado del cuestionario ISA.

Finalmente, de los resultados de esta investigación se plantean la siguiente línea futura de investigación: profundizar más en la asociación hallada entre exposición a la VG y las complicaciones del parto y el puerperio, mediante un estudio cualitativo recogiendo información a través de las narraciones de las mujeres expuestas a la VG.

CONCLUSIONES

La exposición a la VG tiene un impacto negativo en los resultados del parto y el puerperio, aumentando el riesgo de complicaciones del mismo. Sin embargo, no aumenta el riesgo de un parto mediante cesárea cuando se ajustan otros factores sociodemográficos explicativos. Por lo tanto, la detección precoz de la violencia de género durante el embarazo es fundamental para brindar a las mujeres un apoyo adicional e informar de los

recursos de ayuda para que ello pueda tener un impacto positivo en los resultados del nacimiento.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres gestantes por aceptar participar en este estudio y a las que han revelado su situación, también por su valentía. A las matronas por su dedicar su tiempo al desarrollo de este trabajo.

A la Universidad de Barcelona, al Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol y al Instituto Catalán de la Salud por su apoyo en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic. En: *Violence Against Women*. 2006, vol. 12, núm. 6, pp. 588-604.

BROWNRIDGE, D. A., et al. *Pregnancy and Intimate Partner Violence : Risk Factors, Severity , and Health Effects*. En: *Violence Against Women*. 2006, vol. 17, núm. 7, pp. 858-881.

CHEN, Y.; CHEUNG, S.; HUANG, C. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Effects of Maternal Depression Symptoms and Parenting on Teen Depression Symptoms. En: *J Interpers Violence*. 2022, vol. 37, núms, 9-10, pp. NP7034-NP7056.

COLL-VINENT, B., et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. En: *Gaceta Sanitaria*. 2008, vol. 22, núm. 1, pp. 7-10.

DA THI TRAN, T.; MURRAY, L.; VAN VO, T. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016-2021. En: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022, vol. 22, núm. 1, p. 315.

DAHLEN, H. G., et al. The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in an ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years. En: *BMJ Open*. 2018, vol. 8, núm. 4, p. e019566.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Macroencuesta de violencia contra la mujer. 2015. [Consulta: 18 de agosto de 2021]. Disponible en: www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

FERDOS, J., et al. Association between intimate partner violence during pregnancy and maternal pregnancy complications among recently delivered women in Bangladesh. En: *Aggressive Behavior*. 2018, vol. 44, núm. 3, pp. 294-305.

FINNBOGADÓTTIR, H.; BAIRD, K.; THIES-LAGERGREN, L. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. En: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020, vol. 20, núm. 1, p. 183.

FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A. K.; WANN-HANSSON, C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: A longitudinal cohort study in the south of Sweden. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016, vol. 16, núm. 1, pp. 1-10.

GARCÍA-MORENO, C., et al. The health-systems response to violence against women. En: *The Lancet*. 2015, vol. 385, núm. 9977, pp. 1567-1579.

GARNWEIDNER-HOLME, L. M., et al. Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better

communication in South-East Norway. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017, vol. 17, pp. 1-10.

GENERALITAT DE CATALUNYA. *Instituto de Estadística de Cataluña*. 2017. [Consulta: 16 de octubre de 2021]. Disponible en: from https://www.idescat.cat

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocol de Seguiment d'Embaràs a Catalunya (3a edició)*. 2018. [Consulta: 1 de enero de 2021]. Disponible en: www.academia.cat/files/204-6702-FITXER/ProtocolSeguimentEmbars2018.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE TREBALL AFERS SOCIALS I FAMÍLIES. *Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya*. 2017. [Consulta: 19 de agosto de 2021]. Disponible en: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/07infanciaiadolescencia/DEST_columna_dreta/documents/Protocol-Marc-Maltractament-IA.pdf

GÓMEZ-FERNÁNDEZ, et al. Violencia de género durante la gestación : asociación con la interrupción voluntaria del embarazo y complicaciones de salud neonatales Intimate partner violence during pregnancy as associated with voluntary abortions and neonatal health complications. En: *Matronas Profesion*. 2021, vol. 21, núm. 1, pp. 20-26.

GÓMEZ-FERNÁNDEZ, M. A., GOBERNA-TRICAS, J., & PAYA-SANCHEZ, M. Characteristics and clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review (2003-2017). En: *Aggression and Violent Behavior*. 2018, vol. 44, pp. 57-66.

HASSAN, M., et al. Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: Study in Iran. En: *Public Health*. 2014, vol. 128, núm. 5, pp. 410-415.

ICART-ISERN, M.; FUENTELSAZ-GALLEGO, C.; PULPÓN-SEGURA, A. *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2006.

JAMES, L.; BRODY, D.; HAMILTON, Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. En: *Violence & Victims*. 2013, vol. 28, núm. 3, pp, 359-380.

JEFATURA DEL ESTADO. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. En*: Boletín Oficial del Estado*. 2018.

KATAOKA, Y.; IMAZEKI, M. Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: a qualitative study of women in Japan. En: *BMC Women's Health*. 2018, vol. 18, núm. 75, pp. 1-9.

KORNFELD, B. D., et al. Postpartum Depression and Intimate Partner Violence in Urban Mothers: Co-Occurrence and Child Healthcare Utilization. En: *The Journal of Pediatrics*. 2012, vol. 161, núm. 2, pp. 348-353.

LAFAURIE, M. M. Intimate partner violence against women during pregnancy : a critical reading from a gender perspective. En: *Revista Colombiana de Enfermeria*. 2015, vol. 10, pp. 64-77.

MARTÍN-DE-LAS-HERAS, S., et al. Propensity score analysis of psychological intimate partner violence and preterm birth. En: *Sci Rep*. 2022, vol. 12, núm. 1, p. 2942.

MARTÍNEZ-GALIANO, J. M. Mother-newborn health indicators in possible victims of gender-based violence during pregnancy. Applied Nursing Research. 2017, vol. 34, pp. 48-51.

MINISTERIO DE IGUALDAD. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. *Por una sociedad libre de violencia de género*. 2021. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/home.htm

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. [Consulta: 8 de agosto de 2021]. Disponible en: www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf

NACIONES UNIDAS. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General*. 1993. [Consulta: 9 de Agosto de 2021]. Disponible en:

NISHIGORI, H., et al. Mother-to-infant bonding failure and intimate partner violence during pregnancy as risk factors for father-to-infant bonding failure at 1 month postpartum: an adjunct study of the Japan Environment and Children's Study. En: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018, vol. 18, pp. 1-161.

O'DOHERTY, L. J., et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. En: *BMJ*. 2014, vol. 348, p. g2913.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Intimate partner violence during pregnancy. 2011. [Consulta: 29 de agosto de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. [Consulta: 4 de abril de 2022]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women*. Disponible en: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS). *Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*. 2001. [Consulta: 22 de octubre de 2021]. Disponible en: www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/132.pdf

PEDUZZI, P., et al. A Simulation Study of the Number of Events per Variable in Logistic Regression Analysis. En: *Journal of Clinical Epidemiology*. 1996, vol. 49, núm. 12, pp. 1373-1379.

PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; RUIZ-PÉREZ, I.; ESCRIBÁ-AGÜIR, V., et al. Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse. En: *Journal of Women's Health*. 2009, vol. 18, núm. 4, pp. 499-506.

RAHMAN, M., et al. Are survivors of intimate partner violence more likely to experience complications around delivery? Evidence from a national Bangladeshi sample. En: *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2013, vol. 18, núm. 1, pp. 49-60.

SHAMU, S., et al. Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care. En: *BMC Public Health*. 2018, vol. 18, núm. 595, pp. 1-10.

SPRAGUE, S., et al. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. En: *Violence Against Women*. 2014, vol. 20, núm. 1, pp. 118-136.

TAILLIEU, T.; BROWNRIDGE, D.; BROWNELL, M. Screening for intimate partner violence in the early postpartum period: Maternal and child health and social outcomes from birth to 5-years post-delivery. En: *Child Abuse Negl*. 2001, vol. 111, núm. 10.

TAVARES DE LUCENA, K., et al. Asociación entre la violencia doméstica y la calidad de vida de las Introducción. En: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017, vol. 25, p. e2901.

UNICEF — COMITÉ ESPAÑOL. *Convención sobre los derechos del niño*. 2006. [Consulta: 18 de agosto de 2021]. Disponible en: www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

VELASCO-JUEZ, M. *Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía* [Tesis]. Granada: Universidad de Granada, 2015

WANG, T., et al. Prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy in China: A systematic review and meta-analysis. En: *PLoS ONE*. 2017, vol. 12, núm. 10, pp. 1-17.