

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

María Analía Gómez-Fernández¹, Montserrat Payá-Sánchez², Oriol Cunillera-Puértolas³, Pilar Cabrera-García⁴, Carmina Vidal-Ventura⁴, Josefina Goberna-Tricas⁵

¹Doctora 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 (Universidad de Barcelona). Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol). Barcelona. ²Doctora en Pedagogía. Profesora titular de la Universitat de Barcelona. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Instituto de Investigación en Educación (IRE). Grupo de Investigación en Educación Moral (GREM; 2017 SGR 1099). Universidad de Barcelona. ³MSc en Estadística e Investigación Operativa. Técnico de soporte a la investigación en la Unitat de Suport a la Recerca Costa de Ponent. Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Cornellà de Llobregat. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Barcelona). ⁴Matrona de Atención Primaria, Delta del Llobregat. Instituto Catalán de la Salud. Fundación Instituto Universitario para la investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Barcelona. ⁵Doctora en Filosofía. Matrona. Socióloga. Profesora titular de universidad. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. ADHUC. Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad. Universitat de Barcelona. Grupo de Investigación (2017 SGR 588) «Creació i Pensament de les dones»

RESUMEN

Objetivo: Evaluar si la exposición a la violencia de género durante la gestación se relaciona con la interrupción voluntaria del embarazo y las complicaciones de salud neonatales que conlleven el ingreso en una Unidad de Cuidados Neonatales.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, llevado a cabo en los dos centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cumplimentaron el cuestionario validado de detección de violencia de género Index of Spouse Abuse las mujeres gestantes asistidas por matronas de los centros participantes. Conjuntamente, se recogieron variables sociodemográficas y obstétricas. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante de los datos.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 120 mujeres que solicitaron una interrupción voluntaria del embarazo y 381 que continuaron con la gestación. La prevalencia de violencia de género en el último año fue significativamente mayor ($p < 0,001$) entre las mujeres gestantes que decidieron interrumpir el embarazo (25%) que entre las que decidieron continuar con el mismo (8,92%). La exposición a la violencia de género se asocia, después de ajustar otros factores explicativos, con un mayor riesgo de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo (*odds ratio* [OR]= 4,06; intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,23-7,48; $p < 0,001$), y con un mayor riesgo de complicaciones neonatales (OR= 2,68; IC del 95%: 1,02-6,48).

Conclusiones: La exposición a la violencia de género durante la gestación se relaciona con la interrupción voluntaria del embarazo y los ingresos del recién nacido por complicaciones de salud. Por ello, es necesario preguntar sobre violencia de género durante la asistencia sanitaria, tanto a las mujeres que continúan con el embarazo como a las que deciden interrumpirlo.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Violencia de género, embarazo, aborto inducido, complicaciones, recién nacido.

ABSTRACT

Objective: To assess whether exposure to intimate partner violence during pregnancy is associated with voluntary abortion and neonatal health complications that entail admittance to the Neonatal Care Unit.

Methodology: Prospective, descriptive, observational study carried out in the two sexual and reproductive health care centers in L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona, Spain). Pregnant women being assisted by midwives at the participating centres completed the Index of Spouse Abuse, the validated survey for detecting intimate partner violence. Sociodemographic and obstetrical data were collected concurrently. Bivariate, multivariate and descriptive analyses of the data were performed.

Results: The sample size of women who voluntarily requested that their pregnancies be terminated was 120 and the sample size of women who brought their pregnancy to term was 381. The prevalence of intimate partner violence during the last year was significantly greater ($p < 0.001$) among pregnant women who decided to terminate their pregnancies (25%) than among those who decided to carry their pregnancies to term (8.92%). After adjusting for other explanatory factors, exposure to intimate partner violence is associated with a greater risk of requesting an abortion (OR= 4.06; 95% CI= 2.23-7.48; $p < 0.001$) and an increased risk of neonatal health complications (OR= 2.68; 95% CI= 1.02-6.48).

Conclusions: Exposure to intimate partner violence during pregnancy is associated with voluntary abortion and neonatal health complications that entail admittance to the Neonatal Care Unit. Because of that, it is necessary to detect intimate partner violence during the provision of health care for both women who carry their pregnancies to term and those who decide to terminate them.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Intimate partner violence, gestation, induced abortion, complications, newborn.

El estudio se llevó a cabo en el marco de la tesis doctoral «Detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo por parte de las matronas en atención primaria: un abordaje desde la Investigación Acción Participativa», presentada por M.A. Gómez-Fernández y codirigida por la Dra. Goberna-Tricas y la Dra. Payá-Sánchez.

Fecha de recepción: 06/12/2019. **Fecha de aceptación:** 02/04/2020.

Correspondencia: María Analía Gómez-Fernández. Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl). Grupo de Estudios Mujer, Salud, Ética (Universidad de Barcelona). Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Barcelona. **Correo electrónico:** analiagomez2@yahoo.es

Introducción

La violencia de género (VG) fue definida por las Naciones Unidas (1993)¹ 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». La VG deriva de la situación de desigualdad y de la relación de poder de los hombres sobre las mujeres; incluye violencia física (p. ej., golpear, empujar, quemar), violencia psicológica (p. ej., insultar, humillar, amenazar) y/o violencia sexual (p. ej., imponer relaciones sexuales o prácticas no deseadas)^{2,3}. Otras formas de violencia son la económica (p. ej., prohibir trabajar o no proporcionar suficiente dinero para cubrir las necesidades de la familia), la ambiental (p. ej., romper objetos que tienen un significado especial para la mujer) y la social (p. ej., encerrar en casa, prohibir ver a familiares o amigos)^{4,5}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la VG como un problema de salud pública⁶ por su elevada prevalencia, porque a nivel mundial el 30% de las mujeres que han tenido pareja han experimentado algún tipo de VG⁷, y porque afecta a la salud física de las mujeres (a causa de las lesiones directas o por somatización) y a su salud mental (provocando depresión, ansiedad, etc.)⁵. Las graves consecuencias que tiene para la salud de la mujer se amplían si la VG ocurre durante el embarazo, y por la posibilidad de desencadenar complicaciones en la gestación, parto y posparto, como mayor riesgo de aborto, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro o depresión posparto, entre otras. Por tanto, puede tener repercusiones no sólo en la madre sino también en el recién nacido^{5,8} (en el presente trabajo utilizaremos el término «recién nacido» para referirnos tanto al sexo femenino como al masculino). Igualmente, existe una asociación entre embarazo no deseado (o no planificado) y VG⁹, lo que puede conllevar que la mujer solicite una interrupción voluntaria del embarazo (IVE)¹⁰.

No encontramos estudios realizados en España que indaguen sobre la relación de la VG y la IVE, ni sobre si la exposición de la madre a la VG durante el embarazo tiene repercusiones sobre la salud del recién nacido, lo que nos llevó a llevar a cabo el presente trabajo. Avanzar en el conocimiento de la violencia y fomentar su investigación es una de las Estrategias Nacionales para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹¹, puesto que permite visibilizar el problema de salud y entender el fenómeno, y es condición *sine qua non* para poder desarrollar respuestas precisas desde los centros sanitarios.

El objetivo de este trabajo fue evaluar si la exposición a la VG durante la gestación valorada mediante el cuestionario validado Index of Spouse Abuse (ISA), se relaciona con la IVE y las complicaciones de salud neonatales que conlleven el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Metodología Emplazamiento

El estudio se llevó a cabo en los dos centros de atención primaria (AP) con titularidad pública que prestan atención a la salud sexual y reproductiva en L'Hospitalet de Llobregat (Bar-

celona), con una población asignada de 257.349 habitantes¹². En los centros participantes, 13 matronas son las encargadas de asesorar a las gestantes que deciden no continuar con el embarazo y solicitan una IVE (una media de 750 mujeres al año, según datos de la propia institución), así como realizar el seguimiento del embarazo a las mujeres que deciden continuar con el mismo (una media de 2.100 mujeres al año). En caso de existir algún problema de salud, el seguimiento del embarazo se realiza de forma conjunta con ginecólogos/as.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo.

Sujetos

Mujeres gestantes que hablan español asistidas por matronas de los centros participantes. Se excluyeron las menores de edad, las mujeres que no habían tenido pareja masculina en el último año, y/o las 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.¹³: disponer de 10 eventos de interés por parámetro a estimar. Respecto al evento «IVE», se planteó el análisis de 11 variables explicativas junto con el término «independiente», siendo necesario contar con la participación de un total de 120 mujeres que solicitaran una IVE. En el caso de las mujeres que continúan con el embarazo, y respecto al evento «complicaciones de salud neonatal», se planteó el análisis de 4 variables explicativas junto con el término «independiente», siendo necesario disponer de 50 casos de neonatos con complicaciones de salud. Asumiendo un porcentaje previsible del 13,53% (según los datos del hospital de referencia, el Hospital General de L'Hospitalet, durante 2016), y previendo una pérdida de casos del 2%, fue necesario acceder al seguimiento del embarazo de un total de 377 mujeres que continuarán con el mismo.

Variables

Se estudiaron diferentes variables, tanto en las mujeres que decidieron interrumpir el embarazo como en las que decidieron continuar con él:

- Exposición o no a alguna forma de VG (psicológica y/o física): según el cuestionario ISA.
- Sociodemográficas: edad (en años, agrupada en: <26, 26-37 y >37), nacionalidad (país de nacimiento, agrupada en: España, resto de Europa, África, India-Pakistán y Sudamérica-Centroamérica), nivel de estudios (agrupada en: sin estudios, con estudios primarios, secundarios, universitarios) y situación laboral (agrupada en: con ingresos [baja laboral, pensionista, viudedad, discapacidad, etc., prestación por desempleo, trabajo activo] o sin ingresos [estudiante o trabajadora del hogar/tareas domésticas]).
- Obstétricas: número de IVE previas.

En las mujeres que continúan con el embarazo, se evaluaron las siguientes variables:

- Número de factores de riesgo al final del embarazo, que aumentan el riesgo de complicaciones de salud neonatal se-

gún la segunda edición del Protocolo de Seguimiento del Embarazo de Cataluña de 2005¹⁴ (vigente durante la elaboración de este trabajo). Este protocolo 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. En junio de 2018 se presentó la tercera edición del mismo.

- Presencia o no de otros factores que aumentan el riesgo de complicaciones de salud neonatal según la evidencia científica: anomalías congénitas, prematuridad (menos de 37 semanas de gestación) y/o bajo peso (percentil ≤ 3)¹⁵⁻¹⁹.
- Presencia o no de complicaciones durante el parto (hemorragia, infección, mortalidad materna, sospecha de pérdida de bienestar fetal, trombosis y otros), que aumentan el riesgo de complicaciones de salud neonatal¹⁵, según un diagnóstico empírico o analítico.
- Recién nacido: presencia o no de complicaciones de salud neonatal (que implican ingreso en una UCIN).

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 OMS (2001)²⁰, y se cumplió con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales²¹. Se obtuvo la aprobación por parte de la Comisión de Bioética de la Universidad 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 VG²², se decidió utilizar el cuestionario ISA en su versión adaptada al español, por sus excelentes propiedades psicométricas (α de Cronbach de 0,98)²³ y porque a través de 30 preguntas indaga, en relación al último año, sobre violencia psicológica, física, sexual y comportamientos de control. La mujer responde las preguntas, mediante valoración de una escala tipo Likert, en aproximadamente 5 minutos, por lo que es factible en el contexto de la AP. Para interpretar el cuestionario, las preguntas reciben valores diferentes en función de la mayor o menor gravedad de la forma de violencia que refieren. Se aplica una fórmula matemática para obtener el resultado final (que puede ser de 0 a 100 puntos), y se toman puntos de corte que indican si la mujer se encuentra no expuesta a la VG (10 para la violencia física y/o 25 para la psicológica)²³.

Antes de proceder a la recogida de datos (de diciembre de 2017 a noviembre de 2018), se realizaron reuniones para consensuar cómo invitar a la mujer a participar, administrar el ISA y atenderla si estuviera en situación de VG. También se estableció un circuito interno de derivación a las trabajadoras sociales de los centros y al Programa Municipal de la Mujer del municipio.

La técnica de muestreo fue no probabilístico accidental²⁴. Las matronas ofrecieron participar de forma consecutiva en el estudio a las mujeres a medida que acudieron a la consulta de

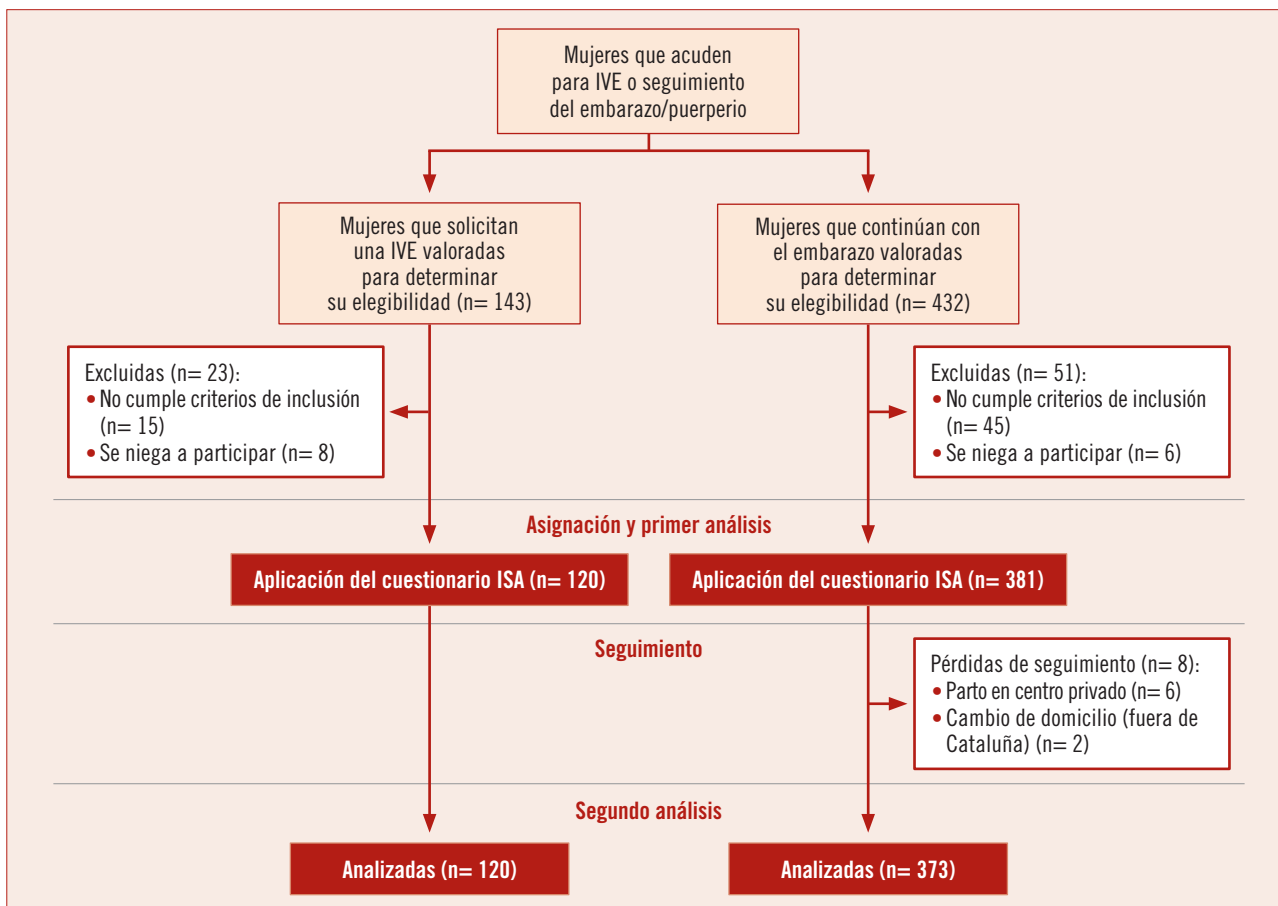


Figura 1. Esquema de la recogida de datos. IVE: interrupción voluntaria del embarazo. Fuente: elaboración propia

alguno de los centros participantes para solicitar una IVE o para el seguimiento gestacional, una vez que se comprobó que cumplían los criterios de inclusión.

Se tomó registro de todos los casos, incluso de aquellos en los que la mujer no quería participar o cumplía algún criterio de exclusión.

Se les facilitó, de forma verbal y escrita, información sobre los objetivos y el procedimiento del estudio. Si aceptaban participar, se solicitaba su consentimiento por escrito, asegurándoles la confidencialidad y el anonimato (se les entregó una copia de dicho consentimiento). Las matronas cumplimentaban un cuestionario *ad hoc* con los datos sociodemográficos y obstétricos, y pedían a la mujer que cumplimentara el cuestionario ISA a solas en formato impreso. Una de las investigadoras (MAGF) evaluaba el cuestionario ISA e informaban a la matrona del resultado del mismo, para que en sucesivas visitas ofreciera recursos de ayuda a las mujeres expuestas a la VG.

En las mujeres que continuaban con el embarazo se realizó el seguimiento entre 2 y 6 meses después, accediendo a su historia clínica informatizada, para obtener los datos relacionados con la presencia de complicaciones del parto y/o con el ingreso del neonato en una UCIN.

Análisis de los datos

Las variables cuantitativas se describieron mediante mediana y rango intercuartil. Las variables categóricas se expresaron con frecuencia absoluta y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizó el test de Wilcoxon para variables cuantitativas, y el test exacto de Fisher para las categóricas. Para estudiar el efecto de la exposición a la VG y otros factores, se ajustaron modelos de regresión logística multivariante sobre las variables IVE (en el global de la muestra), y complicaciones del recién nacido (sobre la submuestra que continuó el embarazo). Un valor de $p < 0,05$ se consideró significativo, y una OR < 1 una reducción del riesgo, mientras que una OR > 1 un mayor riesgo. El paquete estadístico utilizado fue R, versión 3.5.1.

Resultados

Como se describe en la figura 1, se valoró a 143 mujeres que solicitaron una IVE y a 432 gestantes que continuaban con el embarazo, con el fin de determinar su elegibilidad.

En el caso de las mujeres que solicitaban una IVE, 23 fueron excluidas (15 por no cumplir criterio de inclusión y 8 por negarse a participar), y cumplimentaron el cuestionario ISA 120 mujeres. En el caso de las mujeres que continuaban con el embarazo, 51 fueron excluidas (45 por no cumplir criterio de inclusión y 6 por negarse a participar), y cumplimentaron el cuestionario ISA 381 mujeres. Se produjeron 8 pérdidas durante el seguimiento; finalmente se analizaron 373 casos de gestantes y sus 376 recién nacidos (3 mujeres presentaban embarazos gemelares).

Según los resultados de la aplicación del cuestionario ISA, entre las mujeres que solicitan una IVE ($n = 120$), la exposición a alguna forma de VG en el último año es del 25% ($n = 30$), significativamente más prevalente ($p < 0,001$) que en las mujeres que deciden continuar con el embarazo ($n = 381$), que es del 8,92% ($n = 34$).

En la tabla 1 se muestra las características sociodemográficas y obstétricas de todas las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA, según solicitaran IVE o continuaran con el embarazo. Existen diferencias significativas entre ambos gru-

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

	IVE (n= 120)	Gestantes que continúan el embarazo (n= 381)	p
Edad	n (%)	n (%)	<0,001
<26 años	49 (40,83)	76 (19,95)	
26-37 años	54 (45)	237 (62,20)	
>37 años	17 (14,17)	68 (17,85)	
	$M_e = 27,50$ [22-34]	$M_e = 32$ [27-36]	<0,001
Nacionalidad	n (%)	n (%)	0,217
África	6 (5,00)	29 (7,61)	
Asia	0 (0)	1 (0,26)	
España	42 (35)	144 (37,80)	
India-Pakistán	0 (0)	7 (1,84)	
Resto de Europa	2 (1,67)	17 (4,46)	
Sudamérica-Centroamérica	70 (58,33)	183 (48,03)	
Nivel de estudios	n (%)	n (%)	0,003
Sin estudios	2 (1,67)	5 (1,31)	
Primarios	58 (48,33)	119 (31,23)	
Secundarios	51 (42,50)	190 (49,87)	
Universitarios	9 (7,50)	67 (17,59)	
Situación laboral	n (%)	n (%)	<0,001
Baja laboral	0 (0)	62 (16,27)	
Estudiante	14 (11,67)	13 (3,42)	
Pensionista	1 (0,83)	1 (0,26)	
Prestación por desempleo	13 (10,83)	44 (11,55)	
Tareas domésticas	22 (18,33)	79 (20,73)	
Trabajo activo	70 (58,34)	182 (47,77)	
IVE previas (n)	n (%)	n (%)	<0,001
0	52 (43,33)	271 (71,13)	
1	41 (34,17)	75 (19,69)	
2	22 (18,33)	30 (7,87)	
3	3 (2,50)	4 (1,05)	
4	2 (1,67)	0 (0)	
5	0 (0)	1 (0,26)	
	0,85	0,40	<0,001
	$M_e = 1$ [0-1]	$M_e = 0$ [0-1]	<0,001

IVE: interrupción voluntaria del embarazo; M_e : mediana [rango intercuartil].
Fuente: elaboración propia.

pos respecto a la edad, nivel de estudios, situación laboral y número de IVE previas. No se perciben diferencias según la nacionalidad; en ambos grupos existe un claro predominio de mujeres procedentes de Sudamérica-Centroamérica, y aparecen en segundo lugar las mujeres españolas.

Respecto a las 373 mujeres que continuaron con el embarazo en las que se pudo realizar el seguimiento, en la tabla 2 se detalla los factores de riesgo gestacional y otros factores que comúnmente se asocian con complicaciones neonatales.

De los 376 recién nacidos, el 10,64% (n= 40) fueron ingresados en una UCIN, y el 1,06% (n= 4) fueron trasladados a un hospital de mayor nivel asistencial para ser ingresados igualmente en una UCIN. De las 3 parejas de gemelos, 2 fueron ingresadas en la UCIN y 1 no requirió ingreso.

En la tabla 3 se muestra los resultados del análisis multivariante sobre solicitar IVE en todas las mujeres estudiadas (n= 501), a partir del que podemos estimar la asociación entre VG e IVE ajustando por otros factores. Aparece una significativa asociación negativa con la edad y, por tanto, tener mayor edad reduce el riesgo de IVE. Haber cursado estudios secundarios y universitarios reduce de forma significativa el riesgo de una IVE respecto al grupo de referencia (sin estudios, estudios primarios). Sin embargo, no existe asociación entre ninguna de las nacionalidades valoradas respecto al grupo de referencia (nacionalidad española), y únicamente se observa una tendencia a una menor propensión a IVE en las mujeres africanas (p= 0,063). A su vez, no hay asociación entre la situación laboral y el riesgo de IVE. Por otro lado, la exposición a alguna forma de VG incrementa significativamente el riesgo de solicitar una IVE (*odds ratio* [OR]= 4,06; intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,23-7,48; p <0,001).

En la tabla 4 se muestra los resultados de la asociación entre VG y complicaciones de salud neonatal que conlleven ingreso en una UCIN, ajustando por otros factores, mediante análisis multivariante sobre el grupo de mujeres que continúan con el embarazo (n= 373). Las parejas de gemelos se consideraron un solo caso, al concordar en cada pareja la necesidad o no de ingreso. No hay asociación entre presencia de factores de riesgo gestacional, ni entre complicaciones durante el parto y riesgo de complicaciones en el recién nacido, pero aparece una asociación positiva entre la presencia de otros factores que aumentan el riesgo de complicaciones en el recién nacido (prematuridad, anomalías congénitas y/o bajo peso) con ingreso en una UCIN. Del mismo modo, la exposición de la madre a alguna forma de VG aumenta de forma estadísticamente significativa el riesgo de complicaciones de salud neonatales que conlleven el ingreso en una UCIN (OR= 2,68; IC del 95%: 1,02-6,48; p= 0,035).

Discusión

En nuestro estudio hemos observado una asociación entre la VG durante el embarazo, evaluada mediante el cuestionario ISA, y la IVE o las complicaciones de salud neonatales que conlleven el ingreso en una UCIN, en mujeres gestantes atendidas en AP. Según los resultados de este trabajo, en la población estudiada la prevalencia de VG en el último año entre las mujeres que solicitan una IVE es del 25%. Por tanto, se aproxima a los resultados de un metaanálisis de 2014²⁵, en el que se revisaron 74 estudios independientes en todo el mundo, y se estimaba que la prevalencia de VG en algún momento de su vida en las mujeres que solicitan una IVE era del 24,90%. Por consiguiente, se podría conjeturar que posiblemente en la población estudiada se supere la prevalencia del mencionado metaanálisis, si se indagara sobre la VG en algún momento de su vida (no se encontraron estudios llevados a cabo en España que investigaran la prevalencia de VG entre las mujeres que solicitan una IVE).

En este estudio estimamos una clara relación entre VG e IVE: la VG incrementa en más de 4 veces el riesgo de solicitar una IVE en las mujeres gestantes evaluadas, en la línea de los resultados de un trabajo desarrollado en Alemania por Stöckl et al.²⁶

Tabla 2. Factores que aumentan el riesgo de complicaciones de salud neonatal en gestantes que continúan el embarazo (n= 373)

Riesgo medio	n (%)
Estatura baja	3 (0,80)
Mayor de 38 años	65 (17,43)
Obesidad	64 (17,16)
Rh negativo	32 (8,58)
Fumadora habitual	38 (10,19)
Periodo intergenésico <12 meses	7 (1,88)
Riesgo de ITS	5 (1,34)
Condiciones socioeconómicas desfavorables	6 (1,61)
Esterilidad previa	7 (1,88)
Gran multiparidad	2 (0,54)
Control insuficiente de la gestación	35 (9,38)
Embarazo no deseado	3 (0,80)
Metrorragia en el primer trimestre	26 (6,97)
Incremento excesivo de peso	41 (10,99)
Infección urinaria	44 (11,80)
Riesgo alto	n (%)
Anemia grave	3 (0,80)
Gemelar	3 (0,80)
Historia obstétrica desfavorable	23 (6,17)
Endocrinopatía	21 (5,63)
Diabetes gestacional	40 (10,72)
Sospecha de malformación fetal	5 (1,34)
Obesidad mórbida	2 (0,54)
Preeclampsia leve	14 (3,75)
Infección materna	11 (2,95)
Malformación uterina	3 (0,80)
Patología asociada grave	11 (2,95)
Cardiopatía de grados 3 y 4	2 (0,54)
Malformación fetal confirmada	6 (1,61)
CIR	5 (1,34)
Placenta previa	1 (0,27)
Preeclampsia grave	3 (0,80)
APP	6 (1,61)
Rotura de membranas pretérmino	7 (1,88)
Otros factores que aumentan el riesgo de complicaciones del recién nacido	n (%)
Prematuridad	16 (4,29)
Anomalías congénitas	9 (2,41)
Peso bajo	7 (1,88)
Complicaciones durante el parto	n (%)
Sin complicaciones	339 (90,88)
Sospecha de PBF	26 (6,97)
Infección	4 (1,07)
Hemorragia	3 (0,80)
Otros (preeclampsia)	1 (0,28)
Trombosis y mortalidad	0 (0)

APP: amenaza de parto prematuro; CIR: crecimiento intrauterino retardado; ITS: infección de transmisión sexual; PBF: pérdida de bienestar fetal. Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Modelo de regresión logística sobre IVE de las mujeres estudiadas (n= 501)

	OR (IC del 95%)	p
Intercepto	3,10 (1-9,80)	0,051
Edad	0,93 (0,90-0,97)	<0,001
Sin estudios-estudios primarios	Grupo de referencia	
Estudios secundarios	0,59 (0,37-0,94)	0,026
Estudios universitarios	0,34 (0,15-0,74)	0,009
Nacionalidad: España	Grupo de referencia	
África	0,38 (0,12-0,99)	0,063
Asia-India-Pakistán	0,00 (0-∞)	0,983
Resto de Europa	0,43 (0,06-1,71)	0,291
Sudamérica-Centroamérica	0,93 (0,57-1,53)	0,785
Situación laboral con ingresos	Grupo de referencia	
Situación laboral sin ingresos	1,21 (0,72-2,01)	0,463
Alguna forma de VG	4,06 (2,23-7,48)	<0,001

IC: intervalo de confianza; IVE: interrupción voluntaria del embarazo; OR: *odds ratio*; VG: violencia de género; ∞: infinito. Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Modelo de regresión logística sobre complicaciones de salud neonatal de las mujeres que continúan con el embarazo (n= 373)

	OR (IC del 95%)	p
Intercepto	0,08 (0,04-0,16)	<0,001
Presencia de factores de riesgo gestacional (que aumentan la incidencia de complicaciones del recién nacido/a)	1,02 (0,47-2,42)	0,954
Presencia de otros factores que aumentan el riesgo de complicaciones del recién nacido/a	6,41 (2,72-14,77)	<0,001
Presencia de complicaciones durante el parto	1,16 (0,55-2,35)	0,691
Alguna forma de VG	2,68 (1,02-6,48)	0,035

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; VG: violencia de género. Fuente: elaboración propia.

(OR= 8,33; IC del 95%: 2,01-34,59). Según la literatura científica, la asociación entre VG e IVE se podría justificar porque las mujeres que están expuestas a la violencia son más propensas a tener embarazos no deseados^{27,28}, lo que podría estar causado por no usar métodos anticonceptivos (en relación con la apatía del cuidado de sí mismas), por ser obligadas a no usarlos y/o por tener que llevar un embarazo impuesto por sus parejas²⁹. Por ejemplo, en los trabajos de Gretchen y Otis³⁰ y de Thiel-De Bocanegra et al.³¹, las mujeres informaron de que sus parejas les habían impedido activamente la obtención de anticonceptivos o las forzaban a tener relaciones sexuales. Incluso algunos autores señalan que las mujeres expuestas a la VG se pueden ver presionadas por sus parejas para realizar una IVE^{31,32}.

Respecto a las mujeres que continúan con el embarazo, la prevalencia de VG en el último año es del 8,92%; por tanto, es

menor que la obtenida en el metaanálisis de 2013³³, en el que se revisaron 92 estudios independientes en todo el mundo en 23 países, donde se determinaba una cifra del 19,8%. La prevalencia de VG también es menor a la de otras investigaciones llevadas a cabo en España: en Andalucía, Velasco et al.³⁴ observaron una prevalencia de VG durante el embarazo del 21,3%, empleando el mismo cuestionario que el del presente trabajo. No obstante, no se debe perder de vista que la cifra de prevalencia de VG obtenida durante el embarazo (8,92%), aunque inferior a la de otros trabajos, es similar o incluso llega a superar la prevalencia de otros problemas de salud detectables durante el seguimiento del embarazo, como la diabetes gestacional, con una prevalencia aproximada del 12%³⁵, o los trastornos hipertensivos, con una prevalencia del 8-10%³⁶, casos en los que se realiza un cribado sistemático. En la tercera edición del «Protocolo de Seguimiento del Embarazo en Cataluña» de 2018³⁷, se ha incorporado, respecto a la edición previa de 2005¹⁴, la recomendación de cribar de forma sistemática sobre VG a todas las gestantes durante el seguimiento del embarazo. Los resultados expuestos, según los cuales el 25% de las mujeres que solicitan una IVE han estado expuestas a la VG durante el último año, son de utilidad para apoyar la necesidad de incorporar el cribado sistemático no sólo a las mujeres que deciden continuar con el embarazo, sino también a las que deciden interrumpirlo.

La exposición de la madre a alguna forma de VG aumenta en 2,68 veces el riesgo de complicaciones del recién nacido, de forma similar a las cifras obtenidas en el estudio de Chen et al.³⁸, en el que los recién nacidos tenían 2-3 veces más probabilidades de ingresar en una UCIN. Ello refuerza la consideración de que los hijos de las mujeres expuestas a la VG son víctimas directas de ésta⁵. Tal es así, que la VG ejercida contra la madre se considera una forma de maltrato infantil³⁹, puesto que puede tener consecuencias a corto plazo, estudiadas en el artículo que se presenta, y también a largo plazo, pudiendo afectar al desarrollo evolutivo del niño/a, asociándose, según un metaanálisis publicado en 2018⁴⁰, con hiperactividad, agresividad, depresión y/o ansiedad durante la infancia y la adolescencia.

Los resultados del presente estudio deben interpretarse a la luz de las limitaciones del mismo. Por ejemplo, no se han incluido las gestantes que acuden para la asistencia al parto a centros privados, por no poder acceder a través de la historia clínica informatizada a los datos del nacimiento. Asimismo, la prevalencia de complicaciones de salud neonatal durante el periodo de recogida de datos ha sido menor que la utilizada para el cálculo de la muestra (n= 50), por lo que el análisis se llevó a cabo con 44 casos de recién nacidos con complicaciones; ello podría haber afectado a los resultados, disminuyendo la potencia disponible para detectar efectos asociados a complicaciones del recién nacido. Por otra parte, se debe considerar que las matronas y las propias gestantes conocían el resultado del cuestionario ISA, puesto que se ha priorizado informar a las mujeres de los recursos disponibles en caso de querer recurrir a ellos, lo cual ha condicionado la atención a las gestantes y podría haber suavizado el efecto de la VG respecto a una VG no asistida por el sistema.

Conclusiones

La exposición a la VG se asocia con un riesgo 4 veces mayor de solicitar una IVE, incluso después de ajustar otros factores

sociodemográficos explicativos. La exposición a la VG es significativamente más prevalente entre las mujeres que solicitan interrumpir el embarazo que entre las que deciden continuar con el mismo. Igualmente, la exposición a la VG durante el embarazo se asocia, después de ajustar otros factores explicativos, con un riesgo más de 2 veces superior de que el recién nacido tenga complicaciones de salud. Ello agrava la consideración de la VG como problema de salud pública, y demuestra la necesidad de incorporar de forma sistemática preguntas para detectar VG durante la asistencia sanitaria, tanto a las mujeres que continúan con el embarazo como a las que deciden interrumpirlo, puesto que el ámbito sanitario es, sin duda, una pieza clave en la lucha por la erradicación de la VG.

Agradecimientos

A las mujeres, solicitantes de una IVE o gestantes, por aceptar participar en este estudio, y a las que han revelado su situación, también por su valentía. A las matronas por dedicar su tiempo al desarrollo de este trabajo. Al programa Recercaixa (proyecto de investigación 2016ACUP 0083) por su financiación, y a la Fundación Enfermería y Sociedad, en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16), por su financiación parcial.

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.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONU: Asamblea General, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, 20 de diciembre de 1993, A/RES/48/104. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/50ac921e2.html>
2. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra La Violencia de Género. España; 2004. 42.166-97.
3. Gómez A, Goberna J, Payà M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof.* 2015; 16(4): 124-30.
4. UNFPA and WAVE. Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia. A Resource Package, 2014.
5. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012.
6. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, 2013.
7. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women, 2017.
8. Velasco-Juez C. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof.* 2008; 9(3): 32-7.
9. Martín-De las Heras S, Velasco C, Luna J, Martín A. Unintended pregnancy and intimate partner violence around pregnancy in a population-based study. *Women and Birth.* 2015; 28(2): 101-5.
10. Pinton A, Hanser A, Metten M, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées? *Gynécologie Obs Fertil Sénologie.* 2017; 45(7-8): 416-20.
11. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016), 2013.
12. Generalitat de Catalunya. Instituto de Estadística de Cataluña. Disponible en: <https://www.idescat.cat>
13. Peduzzi P, Concato J, Kemper K, Holford T, Feinstein A. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996; 49(12): 1.373-9.
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de Seguiment d'Embaràs a Catalunya, 2.ª ed., 2005.
15. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'Assistència al Part i al Puerperi i d'Atenció al Nadó, 2003.
16. Asociación Española de Pediatría. El recién nacido de bajo peso. Disponible en: <https://www.aeped.es/>
17. Gómez J, Marcos J, Vargas L, Llebregat L. La patología neonatal asociada al proceso del parto. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP. Neonatología. 2008.
18. Asociación Española de Pediatría. Niño pequeño para la edad gestacional. Recomendaciones para el seguimiento clínico. Disponible en: <https://www.aeped.es/>
19. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Guía de práctica clínica para el seguimiento de los niños PEG, 2016.
20. Organización Mundial de Salud. Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres, 2001.
21. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 2018: 119.788-857.
22. Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Paya-Sánchez 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). *Aggress Violent Behav.* 2018; 44: 57-66.
23. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribá-Agüir V, Jiménez-Martín J, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse. *J Women's Heal.* 2009; 18(4): 499-506.
24. 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.
25. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Plos Med.* 2014; 11(11): e1001581.
26. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I. Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; 91(1): 128-33.
27. Lukasse M, Laanpere M, Karro H, Kristjansdottir H, Schroll AM, Van Parys AS, et al. Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse: a European multi-country cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15(120): 1-9.
28. Gee RE, Mitra N, Wan F, Chavkin DE, Long JA. Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 201(2): 1-7.
29. Romito P, Escribá-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Molzan Turan J. Violence in the Lives of women in Italy who have an elective abortion. *Women's Heal Issues.* 2009; 19(5): 335-43.
30. Gretchen E, Otis MD. An examination of intimate partner violence and psychological stressors in adult abortion patients. *J Interpers Violence.* 2011; 26(16): 3.248-66.
31. Thiel-De Bocanegra H, Rostovtseva DP, Khara S, Godhwani N. Birth control sabotage and forced sex: experiences reported by women in domestic violence shelters. *Violence Against Women.* 2010; 16(5): 601-12.
32. Hathaway JE, Willis G, Zimmer B, Silverman JG. Impact of partner abuse on women's reproductive lives. *J Am Med Womens Assoc.* 2005; 60(1): 42-5.
33. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* 2013; 28(3): 359-80.
34. Velasco C, Luna JD, Martín A, Caño A, Martín-de las Heras S. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014; 93(10): 1.050-8.
35. Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Sociedad Española de Diabetes y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia a la gestante con diabetes, 2015.
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia, 2014.
37. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de Seguiment d'Embaràs a Catalunya, 3.ª ed., 2018.
38. Chen PH, Rovi S, Vega ML, Barrett T, Pan KY, Johnson MS. Birth outcomes in relation to intimate partner violence. *J Natl Med Assoc.* 2017; 109(4): 238-45.
39. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya, 2017.
40. Silva EP, Lemos A, Andrade CHS, Ludermit AB. Intimate partner violence during pregnancy and behavioral problems in children and adolescents: a meta-analysis. *J Pediatr (Rio J).* 2018; 94(5): 471-82.