

Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil

Estela Arcos G^{1a}, Myrna Uarac U², Irma Molina V^{3b}.

The impact of domestic violence on children's health

Background: There is close association between maltreatment during pregnancy and child abuse after birth. **Aim:** To compare anthropometric growth and use of health services of children whose mothers suffered maltreatment with children coming from families without domestic violence. **Subjects and methods:** A longitudinal study of two cohorts. An index groups formed by 76 children whose mothers experienced maltreatment and control group of 46 children coming from families without domestic violence. Data was obtained from patient files in private health centers. **Results:** Respiratory diseases were the most prevalent cause of consultation and hospital admission. Children in the index group had a 2.8 times higher risk of bronchopneumonia in the post natal period and a poor attendance to health care controls. In four children, cerebral contusion was registered as the cause of hospital admission. **Conclusions:** Domestic violence is associated with a higher risk of respiratory diseases and hospital admissions in children. New strategies are necessary to detect and prevent child abuse and neglect (Rev Méd Chile 2003; 131: 1454-62).

(Key Words: Child abuse; Child development; Domestic Violence)

Recibido el 23 de abril, 2003. Aceptado en versión corregida el 12 de agosto, 2003.

Patrocinio y financiamiento: Dirección de Investigación y Desarrollo, Universidad Austral de Chile. Proyecto código 1999-39. No hubo influencia en el diseño y ejecución del estudio.

¹Instituto Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. ²Unidad Neonatología, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Regional de Valdivia. ³Instituto de Estadística, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Austral de Chile. ^aMatrona, Licenciada en Salud Pública, Magíster en Desarrollo Rural. ^bMaster en Estadística

La violencia contra mujeres y niñas es uno de los mayores problemas de salud pública y de derechos humanos en muchas sociedades. Una de las mayores dificultades para su detección es que a menudo es invisible, no es reconocida ni denunciada y está naturalizada, no obstante, es un problema que por razones éticas, jurídicas, económicas y sociales debe ser conocido y abordado¹.

Existe poca investigación sobre el impacto directo de la violencia doméstica sobre la salud infantil durante el primer año de vida, aun cuando es ampliamente reconocida su importancia por las

consecuencias biopsicosociales y económicas que implica^{2,3}. Pocos estudios explican la forma cómo la violencia doméstica afecta el crecimiento antropométrico y desarrollo infantil desde etapas posteriores al nacimiento, porque generalmente cubren como última etapa el nacimiento o la etapa preescolar, escolar y adolescencia³⁻⁵. Los estudios revisados se centran preferentemente en establecer la prevalencia del maltrato infantil y juvenil⁶, identificar factores asociados al maltrato infantil, mayor prevalencia de violencia de parte de la madre, una alta asociación con trastornos mentales de la madre y antecedentes de castigo en la infancia de la madre, como también en la intención por dimensionar sus consecuencias^{1,4}. En la literatura consultada, se reporta mayor riesgo de muerte antes de los cinco años de vida, riesgo de desnutrición y diarrea⁴. Un estudio de

Correspondencia a: Estela Arcos G. Instituto Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Casilla 567, Valdivia-Chile. Fax: 56-63-214475. E mail: earcos@uach.cl

seguimiento de infantes, cuyas madres reconocieron experiencias de violencia doméstica, no encontró diferencias significativas en el incremento de peso desde el nacimiento a los 6 meses de vida, en comparación a niños/as cuyas madres no reportaron maltrato en el mismo periodo. En cambio, sí se detectó un menor incremento de peso entre los 6 a 12 meses de vida en infantes cuyas madres informaron que habían sufrido maltrato en los últimos 12 meses (0,395 vs 0,279; $t=2,395$, $p=.019$)².

Por otra parte, existe evidencia de asociación entre violencia doméstica y la alteración del crecimiento, del desarrollo y el maltrato infantil^{3,4,7,8}; que mujeres que tienen experiencias de violencia antes o durante el embarazo con frecuencia ésta continúa después del parto⁹; que 39,5% de las mujeres que han experimentado violencia física describen que la violencia se intensifica en los periodos del embarazo debido al carácter estresante de éste especialmente cuando no es deseado¹⁰; que la violencia severa o moderada es frecuente en el periodo postparto, 19% a 24%⁹; que existe una correlación altamente significativa entre violencia y síntomas ansiosos y depresivos en la mujer, lo que demuestra el severo impacto sobre la salud mental y autoestima de la mujer que la padece¹⁰; que la baja autoestima de mujeres embarazadas predice negligencia en el cuidado de los niños/as hasta tres años después del parto¹¹, y que, por último, la negligencia materna y el ambiente familiar adverso puede interferir seriamente en el desarrollo socioemocional del niño, tornándolo vulnerable a sufrir trastornos de personalidad (antisocial, limítrofe y narcisista), problemas escolares y trastornos psiquiátricos en el futuro¹²⁻¹⁵.

Hay estudios que señalan que la experiencia de violencia doméstica durante el embarazo afecta indirectamente la mortalidad y morbilidad de la madre y su niño(a), porque los enfrenta a un mayor riesgo de variados problemas de salud física y mental¹⁶⁻¹⁸. Cuando se han estudiado los riesgos de niños expuestos a violencia doméstica se ha observado que tienden a ser más agresivos, presentan alteraciones conductuales en la escuela y comunidad, presentan problemas de salud mental como depresión y ansiedad, comportamientos fóbicos, insomnio y baja autoestima^{17,19}.

Los antecedentes presentados motivaron, en este estudio, el seguimiento de hijos/as cuyas madres reconocieron experiencias de violencia doméstica, remota o actual, en el control prenatal.

Los objetivos planteados fueron:

- i) Estudiar, en el primer año de vida, el crecimiento antropométrico y morbilidad en infantes cuyas madres reconocieron experiencias de violencia doméstica.
- ii) Comparar y cuantificar la demanda de atención médica en los sistemas de salud, en el primer año de vida de infantes de mujeres con y sin el atributo de riesgo en estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Los datos presentados son parte de un estudio epidemiológico de observación longitudinal de 131 mujeres embarazadas con ($n=79$) y sin experiencias de violencia ($n=52$), que hicieron su control prenatal en el Consultorio de Salud Las Ánimas, comuna de Valdivia. El criterio de inclusión en cada grupo se realizó a través de la aplicación de un test de tamizaje de violencia doméstica^{20,21}. El test fue aplicado en un momento del embarazo en el caso del grupo expuesto al riesgo y en dos momentos para el grupo no expuesto (gestación y parto). En ambos grupos se observó similitud en las respuestas sobre variables biosociodemográficas estudiadas, lo cual no permitió definir una tipología de las mujeres con experiencias de maltrato²¹.

A partir de enero de 1998 se inició el seguimiento durante el embarazo, parto, puerperio y en el primer año de vida de hijos e hijas. Dos cohortes fueron definidas, grupo índice: 76 infantes hijos/as de mujeres con experiencias de violencia doméstica y grupo testigo: 46 infantes con madres sin el atributo de riesgo. Los datos se obtuvieron desde los registros de las fichas clínicas de madres e infantes en centros de salud, públicos y privados, de la provincia de Valdivia y por visita domiciliaria con revisión de carné de control, en aquellos casos ingresados al estudio y que en algún momento no hubo disponibilidad de la ficha de control de salud.

Información sobre demanda de atención por control de salud y por morbilidad (en el nivel primario, secundario, terciario) y sobre episodios y tipo de morbilidad por consulta médica (pública y privada), fueron obtenidos desde los registros en fichas clínicas y carné de control. Además, se revisaron los registros sobre variables antropométricas en el control de salud de niños/as (peso, talla, perímetro craneano).

Para la clasificación nutricional, por edad y sexo, se usó la base de análisis de datos antropométricos del programa Epi info 2000. Los índices seleccionados para valorar el estado nutricional son Peso para la Talla (P/T) y Talla para la Edad (T/E), porque permiten discriminar entre diferentes procesos fisiológicos y biológicos. Peso para la Edad (P/E) no discrimina entre niños altos y delgados.

Para el análisis de los datos se siguió los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recomienda el uso de las puntuaciones Z. Los puntos de Z son útiles asumiendo que con la propiedad estadística de estar normalmente distribuidos, permite usar una media y desviación estándar de la población. Los puntos de corte usados para identificar estados nutricionales alterados se fijan en términos de Desviaciones Estándar (DE) bajo y sobre la media, siendo -2DE para desnutrición y +2DE para obesidad.

El seguimiento de la morbilidad infantil se estudió en dos periodos: neonatal y postneonatal. En cuanto a las patologías respiratorias se siguieron los criterios del Programa de Enfermedades Respiratorias de Valdivia del año 1995, agrupadas en alta (IRA) y baja (IRB) (Tabla 1).

La información fue recolectada por dos investigadoras del proyecto. Se construyeron bases de datos brutos y bases de datos depuradas. Para el procesamiento y análisis estadístico se usaron los programas *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) y Epi Info 6.0 y Epi Info 2000. El análisis de asociación consideró prueba Chi cuadrado y test exacto de Fisher, y para detectar diferencias significativas entre los grupos se usó la prueba t de Student para variables continuas, cuando se verificó igualdad de varianzas se usó el criterio de Bartlett's con una confianza de 95%. Se calculó riesgos relativos, considerando estadísticamente significativo con un $p < 0,05$.

La correlación entre variables cardinales se cuantificó con el coeficiente de Pearson y entre variables ordinales con el coeficiente de Spearman.

El estudio obtuvo el respaldo del Comité de Ética de la Facultad de Medicina, de la Universidad Austral de Chile, el consentimiento informado y voluntario de las madres, durante el control prenatal, se obtuvo previo a la entrega de información detallada de los objetivos del proyecto²¹.

RESULTADOS

El seguimiento en ambos grupos se realizó durante los primeros 11 meses de vida. Sobre los seis meses de vida se obtuvo registros de 90,8% y 91,3%, respectivamente y al final del periodo el 47,4% del grupo índice y el 58,7% del grupo testigo, en ambos casos no se acusó diferencia significativa ($p > 0,05$) (Figura 1). La edad promedio registrada al último control de salud fue 10,1 vs 10,4 meses, $p > 0,05$. El control de salud fue realizado mayoritariamente en centros de atención pública (94,7% vs 93,5%, $p < 0,05$), con cumplimiento de la norma ministerial de 6 controles en el primer año de vida en 81,6% del grupo índice vs 87% del grupo testigo, no mostrando comportamiento significativamente diferente ($p > 0,05$), y con un número medio de 6 controles en ambos grupos, $p > 0,05$. La adherencia al control de salud infantil, de las madres del grupo con experiencias de violencia, en cuanto al cumplimiento de las fechas de control, fue más deficiente que la del grupo testigo (56,5% vs 75,5%, respectivamente $p < 0,05$), siendo 1,8 veces mayor el riesgo relativo de incumplimiento para el grupo índice (RR: 1,8; IC 95%: 1,0-3,5, $p < 0,05$).

Crecimiento antropométrico y condición nutricional: Considerando todas las mediciones del periodo, la comparación entre los grupos de índices antropométricos talla/edad, peso/edad y peso/talla no mostró diferencias significativas de los casos de anomalía, tampoco según sexo (Tabla 2) ($p > 0,05$).

Tabla 1. Clasificación de enfermedades respiratorias

Enfermedad respiratoria alta	Enfermedad respiratoria baja
Virus respiratoria	Bronquitis aguda
Resfrío común	Laringitis obstructiva
Faringo amigdalitis	Rino bronquitis
Otitis	Faringobronquitis aguda
Rinitis aguda	Rinolaringitis
Amigdalitis	Síndrome bronquial obstructivo
Faringitis aguda	Bronconeumonía
	Neumopatía intersticial
	Otorrinofaringobronquitis
	Rinofaringobronquitis
	Faringobronquitis
	Faringolaringobronquitis
	Laringobronquitis
	Coqueluche

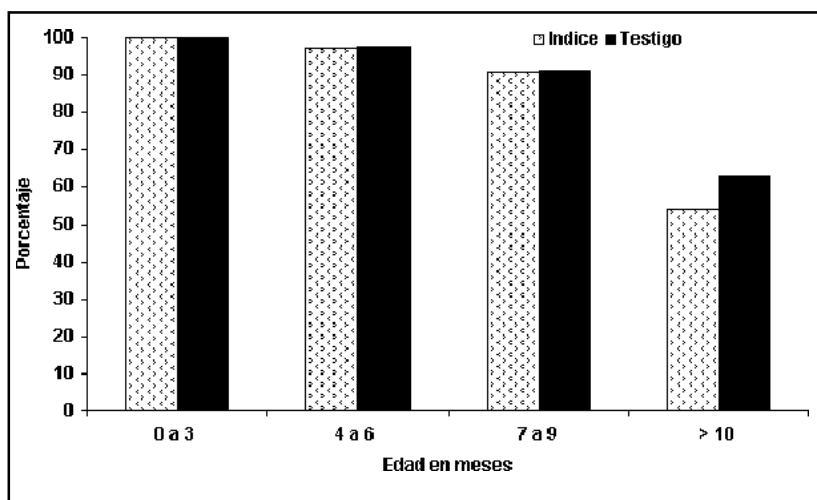


FIGURA 1 Disponibilidad de información, en fichas de hospital y consultorios de salud de la Provincia de Valdivia, en lactantes durante el primer año de vida, según experiencias de violencia reconocidas por la madre.

Tabla 2. Proporción de mediciones antropométricas con valores que se ubicaron bajo o sobre los puntos de corte de normalidad de puntos de Z para índices Talla/Edad, Peso/Edad y Peso/Talla, en lactantes según experiencias de violencia reconocida por la madre

Nutrición ¹	Grupo índice		Grupo testigo		Riesgo relativo	95% IC	
	n	%	n	%			
Talla/Edad ²	Bajo	19	2,1	11	3,8	1,1	0,0-2,2
	Alto	5	1,1	4	1,4	0,8	0,2-2,9
Peso/Edad ³	Desnutrición	8	1,7	-	-	-	-
	Obesidad	28	6,0	19	6,4	0,9	0,5-1,6
Peso/Talla ⁴	Desnutrición	-	-	-	-	-	-
	Obesidad	56	12,3	31	10,9	1,0	0,7-1,5
<i>Mujeres⁵</i>							
Talla/Edad	Desnutrición	11	5,1	5	3,3	1,5	0,6-4,3
	Obesidad	5	2,3	4	2,7	0,9	0,2-3,2
Peso/Edad	Desnutrición	7	3,3	0	0	-	-
	Obesidad	20	9,3	10	6,5	1,4	0,7-2,8
Peso/Talla	Desnutrición	-	-	-	-	-	-
	Obesidad	31	15,0	19	12,3	1,2	0,7-1,97
<i>Hombres⁶</i>							
Talla/Edad	Desnutrición	8	3,2	6	4,3	0,7	0,3-2,1
	Obesidad	-	-	-	-	-	-
Peso/Edad	Desnutrición	1	0,5	-	-	-	-
	Obesidad	8	3,1	9	6,3	0,5	0,2-1,3
Peso/Talla	Desnutrición	-	-	-	-	-	-
	Obesidad	25	10,0	12	8,7	0,15	0,6-2,2

¹Desnutrición= puntuaciones de Z-2 DE; Obesidad puntuaciones de Z + 2 DE

²Mediciones Talla/Edad: Grupo Índice (GI) 467, Grupo Testigo GT (290)

³Mediciones Peso/Edad: GI 469, GT: 295

⁴Mediciones Peso/Talla GI: 457, GT: 285

⁵Mediciones mujeres Talla/Edad (214 vs 150; Peso/Edad (215 vs 153); Peso/Talla (207 vs 147)

⁶Mediciones hombres: Talla/Edad (253 vs 140; Peso/Edad (254 vs 142); Peso/Talla (250 vs 138)

Morbilidad ambulatoria: En el período neonatal el grupo índice presentó mayor proporción de morbilidad (35,5 vs 23,9, $p < 0,05$), prevaleciendo en ambos grupos la morbilidad respiratoria (Tabla 3). En el período postneonatal el comportamiento de la morbilidad fue similar al neonatal, prevalecieron los problemas respiratorios, con diferencias en el número de episodios de morbilidad que fueron entre 6 y 7 en el grupo índice y entre 5 y 6 en el testigo (χ^2 5,6 $p < 0,05$). Respecto al tipo de morbilidad se encontró un mayor riesgo relativo de bronconeumonía en el grupo índice (RR 2,8; IC 95%: 1,01-7,8), situación que empeora cuando se examinó a infantes que fueron seguidos sobre los seis meses de edad (RR: 3,3; IC 95%: 1,02-10,63) (Tabla 4). Lactantes del grupo índice con bronconeumonía presentaron en promedio 10 episodios de morbilidad contra 5 a 6 en el grupo testigo (χ^2 4,8, $p < 0,05$).

Demanda de atención de salud: De lo observado, se encontró diferencias significativas en la demanda por atención médica, que para el grupo índice fue significativamente más alta en el período neonatal, $p < 0,05$, y en período postneonatal en lactantes segui-

dos sobre los 6 meses de edad, $p < 0,05$. Para hospitalización prevalecieron en ambos grupos los problemas respiratorios. Se obtuvo información sobre cuatro casos del grupo índice (5,3%), que fueron hospitalizados en el período neonatal por contusión parietal izquierda (una niña y un niño) y en el período postneonatal por contusión cerebral, además de traumatismo encefalocraneano para uno de ellos (Tablas 5 y 6). En los cuatro casos no se encontró registro de maltrato infantil en las fichas clínicas de hospital y consultorio. El perfil comparativo de niños con y sin antecedentes de traumatismo muestra que las madres de estos niños/as reconocieron violencia durante el embarazo (2/4 vs 1/5), menos de 19 años al embarazarse (2/4 vs 1/5), embarazo no planificado (3/4 vs 1/6), sin previsión (3/4 vs 2/3), primigestas (2/4 vs 1/3), peso al nacer < 3.000 g (3/4 vs 1/5), neonatos con diagnóstico de pequeño para edad gestacional (PEG: 2/4 vs 1/6), hospitalización en período neonatal (3/4 vs 1/4), hospitalización postneonatal (3/4 vs 1/3), mala adherencia al control de salud (3/4 vs 1/2), ninguno de los niños registró consulta ambulatoria por traumatismo, y no hubo registro de violencia doméstica contra la madre.

Tabla 3. Perfil de la morbilidad neonatal y postneonatal y riesgo relativo en infantes durante el primer año de vida, según antecedente de violencia doméstica de las madres

Morbilidad	Grupo índice (n=76)		Grupo testigo (n=46)		Riesgo relativo	95% IC
	n	%	n	%		
<i>Período neonatal</i>						
Morbilidad ambulatoria						
Con morbilidad	27	35,5	11	23,9	1,8	0,9-3,5
Enfermedad respiratoria baja	7	9,2	2	4,3	-	-
Enfermedad respiratoria alta	12	15,8	2	4,3	-	-
<i>Período postneonatal</i>						
	(n=74)		(n=46)			
Con morbilidad	66	89,2	38	82,6	-	-
Enfermedad respiratoria baja	54	73,0	31	67,4	1,0	0,9-1,4
Síndrome bronquial obstructivo	35	47,3	21	45,7	1,0	0,7-1,5
Bronconeumonía	18	24,3	4	8,7	2,8	1,01-7,8
Rinofaringobronquitis	31	41,9	13	28,3	1,5	0,9-2,5
Faringobroquitis aguda	8	10,8	6	13,0	0,8	0,3-2,2
Bronquitis aguda	21	28,4	15	32,6	0,9	0,5-1,5
Enfermedad respiratoria alta	37	50,0	22	47,8	1,1	0,7-1,5
Virus respiratoria	23	31,1	13	28,3	1,1	0,6-1,9
Rinitis aguda	13	17,6	6	13,0	1,4	0,6-3,3
Otras patologías						
Anemia	10	13,5	5	10,9	1,2	0,5-3,4
Dermatitis	13	17,6	5	10,9	1,6	0,6-4,2

En lactantes del grupo índice, seguidos más allá de seis meses, se constató que la deficiente adherencia al control de salud se asoció significativamente

con el antecedente de bronconeumonía en el lactante (χ^2 6,4, $p < 0,05$) y con el antecedente de que el embarazo no fue planificado, χ^2 6,5, $p < 0,05$.

Tabla 4. Perfil de la morbilidad y riesgo relativo en infantes con seguimiento sobre 6 meses de vida, según antecedente de violencia doméstica referido por las madres

Morbilidad	Grupo índice (n=69)		Grupo testigo (n=42)		Riesgo relativo	95% IC
	n	%	n	%		
<i>Período postneonatal</i>						
Enfermedad respiratoria baja	51	73,9	28	66,6	1,1	0,87-1,45
Síndrome bronquial obstructivo	33	47,8	18	42,9	1,1	0,74-1,73
Bronconeumonía	16	23,2	3	7,1	3,3	1,02-10,63
Rinofaringobronquitis	29	42,0	10	23,8	1,79	0,98-3,29
Faringobroquitis aguda	7	10,1	6	14,3	0,72	0,26-2,0
Bronquitis aguda	20	28,9	13	30,9	0,95	0,53-1,7
Enfermedad respiratoria alta	34	49,3	20	47,6	1,05	0,71-1,56
Virus respiratoria	20	28,9	12	28,6	1,03	0,56-1,8
Rinitis aguda	11	15,9	6	14,3	1,13	0,45-2,83
Otras patologías						
Anemia	10	14,5	4	9,5	1,54	0,52-4,61
Dermatitis	12	17,4	4	9,5	1,6	0,6-5,37

Tabla 5. Característica de la demanda de atención por morbilidad en infantes, según antecedente de violencia doméstica referido por las madres

Demanda de atención de salud	Grupo índice		Grupo testigo		Riesgo relativo	95% IC
	n	%	n	%		
<i>Período neonatal</i>						
Con consulta médica por morbilidad	26	34,2	7	15,2	2,3	1,06-4,76
Con hospitalización						
Causa hospitalización IR ¹	22	29,7	6	3,0	2,2	0,97-5,1
Malformación congénita	6	11,3	3	25,0	-	-
Hiperbilirrubinemia	5	9,4	-	-	-	-
Distress respiratorio	4	7,5	-	-	-	-
Enfermedad respiratoria baja	3	5,7	-	-	-	-
Contusión parietal izquierda	2	3,8	-	-	-	-
Otras patologías	27	50,9	9	75,0	-	-
Con rehospitalización	6	7,9	5	10,9	-	-
<i>Período postneonatal</i>						
Con consulta médica por morbilidad	66	86,8	38	82,6	1,05	0,9-1,23
Con hospitalización						
Causa hospitalización IR	26	34,2	8	17,4	1,97	0,97-3,97
Bronconeumonía	24	33,8	10	38,5	-	-
Síndrome bronquial obstructivo	13	18,3	5	19,2	-	-
Otras enfermedades respiratorias baja	6	8,4	1	3,6	-	-
Contusión y TEC ²	3	4,2	-	-	-	-
Otras patologías	31	43,7	11	42,3	-	-

¹IR: Importancia relativa.

²Son dos niños hospitalizados con contusión cerebral y uno de ellos tiene además el diagnóstico de TEC cerrado.

Tabla 6. Característica de la demanda de atención por morbilidad en infantes con seguimiento sobre 6 meses de vida, según antecedente de violencia doméstica referido por las madres

Demanda por atención de salud	Grupo índice n=69		Grupo testigo n=42		Riesgo relativo	95% IC
	n	%	n	%		
<i>Periodo postneonatal</i>						
Si consulta médica morbilidad	62	89,9	34	80,9	-	-
Con hospitalización						
Causa hospitalización IR ¹	25	36,2	7	16,7	2,2	1,03-4,58
Bronconeumonía	18	28,1	6	24,0	-	-
Síndrome bronquial obstructivo	13	20,3	8	32,0	-	-
Otras enfermedades respiratoria baja	6	9,4	-	-	-	-
Contusión y TEC	3	4,7	-	-	-	-
Otras	24	37,5	9	36,0	-	-

¹IR= Importancia relativa.

DISCUSIÓN

La violencia doméstica es un problema multifacético y complejo. No hay un factor único que explique las razones por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras²². Otro problema que se reconoce respecto a violencia doméstica es la inadecuada vigilancia en muchas regiones, desconociéndose la magnitud del impacto sobre la salud de niños, jóvenes y adultos²³. El valor de los hallazgos encontrados, teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas propias de un estudio de seguimiento longitudinal, se relaciona con señales de considerar a la violencia doméstica como un factor social subyacente de patología infantil de trascendencia biomédica y social^{1,24}.

El antecedente de violencia doméstica de la madre no determinó diferencias significativas en índices nutricionales relacionados con el peso y talla del lactante comparados al grupo que no refiere el antecedente. Sin embargo, en este estudio no se consideró la experiencia de la mujer después del parto respecto a violencia. Se recomienda analizar esta relación en presencia de la continuidad o no, y de la intensidad de violencia doméstica postparto, porque si se mantiene y es severa explicaría el efecto de retardo en la ganancia de peso en el segundo semestre del primer año de vida². Tampoco hubo diferencias en las características del control de salud infantil ya que ambos grupos alcanzaron un promedio similar de controles, situación que coincide con resultados de otra investigación²⁵.

En el período neonatal y postneonatal, las enfermedades respiratorias predominan en la consulta por enfermedad. La bronconeumonía fue la enfermedad que marcó un riesgo significativamente mayor para lactantes del grupo índice tanto en el grupo total (RR 2,8; IC 95%, 1,01-7,8) como también en la información registrada en lactantes sobre los seis meses de edad (RR 3,3; IC 95%, 1,02-10,63), con un número significativamente más alto de consultas médicas por morbilidad y mayor importancia relativa como causa de hospitalización para el período postneonatal.

En el grupo índice fue significativa la mayor demanda por consulta médica por morbilidad y hospitalización en el período neonatal (p <0,05) y postneonatal, en lactantes seguidos sobre los seis meses de edad (p <0,05), porque presentaron morbilidad de mayor trascendencia biomédica. Las causas de hospitalización neonatal relacionadas con malformaciones congénitas y prematuridad en el grupo índice, han sido consistentemente identificadas como variables que incrementan la vulnerabilidad del niño al maltrato²⁵, porque hay aumento del riesgo estrés del cuidador/a, baja vinculación parental y negligencia en el cuidado^{26,27}. Por esto, cuando existen estos antecedentes se recomienda utilizar pruebas de tamizaje para maltrato infantil²⁵.

Otro hallazgo fue la hospitalización por contusión cerebral y traumatismo encéfalo craneano en cuatro lactantes (5,3%) del grupo índice. El perfil de sus madres mostró factores de riesgo que se asocian con consecuencias fatales del maltrato, como son juventud y baja escolaridad de la madre²⁸. En la consulta médica ambulatoria y por

hospitalización, no se detectó el diagnóstico de maltrato infantil en los registros convencionales de los centros de salud. Sí se tiene en cuenta que sobre 20% de las mujeres padecen violencia en el embarazo, entonces sobre 20% de recién nacidos pueden estar viviendo en ambientes estresantes, hostiles y con disfunción familiar²⁹. Hijos/hijas de mujeres que reconocen violencia doméstica tienen 6 a 15 veces más riesgos de sufrir maltrato³⁰ y que entre 45% y 70% de los niños, además de maltrato infantil, tienen un mayor riesgo de abuso sexual^{17,19}. En el grupo índice, las madres de los niños/as hospitalizados por traumatismos, presentaban entre sus antecedentes marcadores reconocidos como predictivos de maltrato infantil: embarazo no planificado, prematuridad, crecimiento intrauterino retardado²⁴, negligencia en el cuidado del niño/a (representada por la mala adherencia a indicaciones y episodios de bronconeumonía). Se ha señalado que de un contexto estructural marital y familiar violento y discordante se derivan problemas como: sentimientos de baja autoestima y ansiedad de la mujer como persona y como madre, mayores niveles de angustia, insatisfacción, incompetencia e inconsistencia en las prácticas de crianza del hijo^{11,27,31,32} y perturbación de la interacción madre-niño^{30,34,35}.

Se ha señalado que, el diagnóstico de maltrato infantil del "clásico niño golpeado" con lesiones múltiples, es fácilmente identificado por el médico

de familia, y es un diagnóstico refutable, cuando no son evidentes los signos físicos o hay una lesión simple. Niños con maltrato intencional tienen mayor probabilidad de: i) presentar lesiones intracraneanas (42,2% vs 14,1%), ii) de presentar lesiones muy severas (22,6% vs 6,3%) y iii) de ser admitidos en unidades de cuidados intensivos (42,5% vs 26,9%)²⁵.

El control prenatal, el control de salud infantil y la consulta médica por morbilidad constituyen una ventana de oportunidades de detección de actual o potencial maltrato infantil y de violencia hacia la madre²⁹. Si esta oportunidad fuera aprovechada, para tamizaje e intervención, el maltrato podría reducirse sobre 75%⁹.

Finalmente, reiteramos lo publicado previamente respecto a que los datos cuantitativos son necesarios para documentar la magnitud del problema, pero insuficientes para contextualizarlo²¹. La violencia doméstica es un fenómeno social complejo, contradictorio que presenta una diversidad en las formas y consecuencias y que está profundamente enclavado en los valores culturales y sociales³⁰. Para caracterizarlo en su contexto local se requiere una aproximación metodológica que considere la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos²¹. De esta manera se dispondrá de información adecuada para agregar una nueva dimensión al enfoque epidemiológico y biomédico del conocimiento^{24,37}.

REFERENCIAS

1. WHO. Violence against women information pack: a priority health issue, July 1997: Disponible en: <http://www.who.int/frh-whd/VAW/infopack/English/VAW_infopack.htm#Introduction
2. McFARLANE J, SOEKEN K. Weight change of infants, age birth to 12 months, born to abused women. *Pediatr Nurs* 1999; 25: 19-23.
3. CAMPBELL J. Abuse during pregnancy: a quintessential threat to maternal and child health, so when do we start to act? *JAMC* 2001; 164: 1578-9.
4. BOROWSKY I, IRELAND M. Parental screening for intimate partner violence by pediatricians and family physicians. *Pediatrics* 2002; 110: 509-16.
5. VIZCARRA M, CORTES J, BUSTOS L, ALARCÓN M, MUÑOZ S. Maltrato infantil en la ciudad de Temuco: Estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1425-32.
6. DE LA BARRA M, RODRÍGUEZ T, ALVAREZ P. Maltrato infantil y juvenil en una comuna de Santiago. Parte I: estimación de la prevalencia. *Rev Chil Pediatr* 1998; 69: 126-31.
7. DOWD MD, KENNEDY C, KNAPP J, STALBAUMER-ROUYER J. Mothers' and health care providers' perspectives on screening for intimate partner violence in a pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 794.
8. CHAMBERLAIN L. Domestic violence and child abuse: Ten lessons learned in rural Alaska *Policy & Practice of Public Human Services* 2001; 59: 32-8.
9. MARTIN S, MACKIE L, KUPPER L, BUESCHER P, MORACCO K. Physical abuse of women before, during and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285: 1581-4.
10. VIZCARRA MI, CORTÉS J, BUSTOS L, ALARCÓN M, MUÑOZ S. Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Méd Chil* 2001; 129: 1405-12.

11. SHAHAR G. Maternal personality and distress as predictors of child neglect. *Journal of Research in Personality* 2001; 35: 537-45.
12. FLORENZANO R, WEIL K, CRUZ C, ACUÑA J, FULLERTON C, MUÑOZ C ET AL. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2002; 40: 335-40.
13. PASCUAL R. La interrupción temprana del vínculo social altera la organización citoarquitectónica y expresión de neuropéptidos en la corteza prefrontal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2002; 40: 9-20.
14. DE LA BARRA F, TOLEDO V, RODRÍGUEZ J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidental: II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2002; 40: 347-60.
15. TRUCCO M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2002; Suppl 2: 8-19.
16. KAPOOR S. Domestic violence against women and girls *Innocenti Digest*, UNICEF, Florence-Italy, 2000; N°6: 1-22.
17. FANTUZZO J, MOHR W. Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *Future Child* 1999; 9: 21-8.
18. GÓMEZ E. La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques. *Serie Mujer y Desarrollo*, CEPAL, 1997; (Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/>. Consultado marzo 2003)
19. WEBB E, SHANKLEMAN J, EVANS M, BROOKS R. The health of children in refuges for women victims of domestic violence: Cross sectional descriptive survey. *BMJ* 2001; 323: 210-3.
20. NORTON L, PEIPERT J, ZIERLER S, LIMA B, HUME L. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 321-5.
21. ARCOS E, MOLINA I, REPOSSI A, UARAC M, RITTER P, ARIAS L. Prevalencia y perfil de la violencia doméstica en el embarazo. *Revista electrónica de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard*, enero de 2000. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/grhf/frame4/frame4.html>
22. WHO Violence: an enormous, but preventable global health problem 2003. Disponible en: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-WHA6.html>
23. WHO Violence and health. Jul 2003; Disponible en: http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB109/eeb10915.pdf
24. ARCOS E, UARAC M, MOLINA I, REPOSSI A, ULLOA M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev Méd Chil* 2001; 129: 1413-24.
25. DISCALA C, SEGE R, LI G, REECE R. Child abuse and intentional injuries: A 10 years retrospective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 16-22.
26. BULLOCK K. Child abuse: The physician's role in alleviating a growing problem. *American Family Physician Medical screening Child Abuse Negl* 2000; 61: 2977-85.
27. FISCHBACH R, HERBERT B. Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. *Soc Sciences Med* 1997; 45: 1161-76.
28. SUFFMAN M, SCHMITZER P, ADAM P, KRUSE R, EWIGMAN B. Household composition and risk of fatal child maltreatment. *Pediatrics* 2002; 109: 615-21.
29. CULROSS P. Health care system responses to children exposed to domestic violence. *Future Child* 1999; 9: 111-8.
30. BURGER J, MC CUE HS, FORSYTH B, LEVENTHAL J, LEAF P. Psychological Sequelae of Medical complications during pregnancy. *Pediatrics* 1993; 91: 566-71.
31. CARLSON A, O'CAMPO P, FADEN R, KASS N, XUE X. Interpersonal Conflict and Physical Violence during the Childbearing Year. *Soc Sci Med* 1994; 39: 781-7.
32. CMIC KA, GREENBERG MT, ROBINSON NM, RAGOSIN AS. Maternal stress and social support: Effects on the mother-infant relationships from birth to eighteen months. *Am J Orthopsychiatry* 1984; 54: 224-35.
33. TURNER RJ, WHEATON B, LLOYD DA. The epidemiology of social stress. *Am Sociol Rev* 1995; 60: 104-25.
34. LAHEY BB, CONGER RD, ATKESON BM, TREIBER FA. Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 1062-71.
35. PARTRIDGE S. The Parental Self-Concept: A Theoretical Exploration and Practical Application. *Am J Orthopsychiatry* 1988; 58: 281-7.
36. ALLEN-MEARES P. Applications of qualitative research: Let the work begin. *Social Work Research* 1995; 19: 5-7.
37. ARCOS E, MOLINA I, REPOSSI A, UARAC M, RITTER P, ARIAS L. Violencia Doméstica y Sexualidad. *Rev Méd Chil* 1999; 127: 1329-38.

Agradecimientos

Al equipo de salud del Consultorio Las Ánimas, Departamento de Salud Rural, y personal de Servicio de Orientación e Información (SOME) del Hospital Clínico Regional de Valdivia, Chile.