

Factores Asociados al Maltrato Durante el Embarazo.

Nora Patricia Sánchez-Chávez****

Honorio Galván-Espinoza**

Ulises Reyes-Hernández***

Ulises Reyes-Gómez***

Katy Lizeth Reyes-Hernández***

RESUMEN

Introducción: El ejercicio concreto de la violencia se identifica como maltrato y tiene lugar sobre todo en el hogar.

Objetivo. Detectar los factores asociados al maltrato en general en embarazadas de tres grupos sociales, como factor de riesgo a la salud.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, transversal, analítico, comparativo, entrevistas estructuradas, en mujeres embarazadas de la ciudad de Oaxaca, bajo un muestreo no paramétrico al azar, se calculó la muestra en 147: de la clase baja 84, de clase media 43 y de la clase alta 20, en busca de maltrato en todas sus facetas.

Tomando como variables: la clase social, la violencia emocional, económica, sexual, física, estado de salud, acceso a los servicios de salud y planeación del embarazo. Para el valor estadístico se utilizó el programa SPSS aplicándose una prueba de correlación bivariada de Pearson de asociación lineal entre dos variables.

Resultados: La violencia emocional ocurrió en 76 casos (51.7%), la violencia económica en 95 (64.6%), la violencia sexual en 14 (9.5%), la violencia física en 81 (55.1%), el acceso a los servicios de salud: al IMSS 57 casos (38.8%), ISSSTE 12 (8.2%), privado 20 (13.6%), SSA 28 (19.0%), sin servicios 57 (38.8%). Fueron planeados 41 (27.9%). La comparación entre violencia emocional y estado de salud, violencia económica y estado de salud, violencia sexual y violencia física todas fueron significativas. De igual forma el estado de salud y el acceso a los servicios de salud.

Solo la planeación del embarazo no fue significativa (NS). El valor de R cuadrado fue de 0.90.

Conclusiones: Las gestantes con mayor riesgo son aquellas que reciben más maltrato físico y emocional, económico y sexual. Aunado a las circunstancias de edad en los extremos, el maltrato a la embarazada se dio en todos los estratos sociales, pero ocurre más en estratos económicos pobres. El estado de salud de la embarazada también guarda correlación con el acceso a los servicios de salud.

Palabras Clave: Factores asociados, Maltrato psicológico y físico, económico y sexual, embarazo, clases sociales.

ABSTRACT

Introduction: The concrete exercise of the violence is identified like abuse and it takes a mainly place in the home.

Objective: Detect the factors associated to the abuse in general in pregnant of three social groups, as factor of risk to the

* International Classification for Nursing Practice (CIPE) Hospital Regional Pte Juarez ISSSTE, Oaxaca. Facultad de Psicología Universidad Regional del Sureste, Oaxaca.

** Departamento de Ginecología, Hospital Civil, Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca.

*** Departamento de Enseñanza e Investigación, Servicio de Psicología, Psicoanálisis y Ginecología de la Adolescente de la Clínica Diana de Especialidades Oaxaca.

Correspondencia: Dr. Ulises Reyes Gómez Dirección Médica Clínica Diana de Especialidades. Símbolos Patrios 747 Colonia Agraria, Oaxaca
Telefax: (0195151) 4-36-90. E mail: reyes_gu@yahoo.com.mx reyesgu_10@hotmail.com

health.

Material and methods: A prospective, transversal, analytic and comparative study; structured interviews in pregnant women of the Oaxaca city, under a non parametric sample calculates at random, in 147, of the low class 84, of middle class 43 and of the high class 20, in abuse search in all their facets.

Taking as variables: the social class, the emotional, economic, sexual and physical violence, state of health, access to the services of health and planning of the pregnancy. For the statistical value, the program SPSS was used; being applied a test of Pearson bivariate correlation, which is about the lineal association between two variables.

Results: The emotional violence happened in 76 cases (51.7%), the economic violence in 95 (64.6%), the sexual violence in 14 (9.5%), the physical violence in 81 (55.1%), the access to the services of health: to the IMSS 57 cases (38.8%), ISSSTE 12 (8.2%), private 20 (13.6%), SSA 28 (19.0%), without services 57 (38.8%).

41 were planned (27.9%). The comparison among emotional violence and state of health, economic violence and state of health, sexual violence and physical violence were significant. Of equal it forms the state of health and the access to the services of health. Only the planning of the pregnancy was not significant (NS).

Conclusions: The pregnant women with more risk are those that receive more physical, emotional, economic and sexual abuse. Joined to the age circumstances in the ends, the abuse to the pregnant was given in all the social strata, but it happens more in economic poor strata. The state of health of the pregnant also keeps correlation with the access to the services of health.

Key Words: Associate factors; physical, psychology, economic and sexual abuse; pregnant and social classes.

INTRODUCCIÓN

Cada vez se ha hecho más frecuente que los servicios de salud atiendan a mujeres embarazadas que experimentan violencia doméstica y comprueben su impacto sobre el bienestar fetal¹. El término de violencia intrafamiliar o violencia doméstica alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. Son todas aquellas conductas que por acción u omisión causan daño físico o psicológico, o ambos a otro miembro de la familia, impidiendo su desarrollo armónico y su promoción social en todos los campos; lo cual viola sus más elementales derechos². Dentro de este panorama se circunscribe el fenómeno de violencia contra las mujeres, como un aspecto especial y llamativo por ser ellas sus principales víctimas³⁻⁵. La violencia doméstica es una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), define la violencia durante el embarazo como: "Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada". Una encuesta de hogares mostró que hay una probabilidad del 60.6% que una mujer embarazada sea agredida, que una mujer que no lo está. Actualmente ya se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación como eclampsia, placenta previa, etc.^{6,7}. Paradójicamente, la violencia intrafamiliar es el tipo de violencia menos conocido, pues se oculta en el espacio privado de lo

doméstico, pero al parecer la razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia doméstica durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Las razones que originan este estrés aún no están claras⁸. Otra teoría es que el maltrato físico contra la mujer se expresa cotidianamente en el ámbito familiar como consecuencia de una lucha de poderes donde, histórica y culturalmente, ella se ubica en un plano inferior al del hombre.

Mundialmente la violencia en el hogar es un evento que domina la vida diaria de las comunidades⁹. En una revisión de 26 trabajos de 20 países realizada por Heise, el rango de violencia doméstica varía entre el 20 y el 75% de mujeres violentadas con grandes diferencias por país y por el tipo de población estudiada (urbana y rural)¹⁰.

En los EE.UU., 4 a 6 millones de mujeres son maltratadas por sus compañeros cada año¹¹. Una de cuatro mujeres en ese país admitió haber sido maltratada por lo menos una vez durante toda su vida y una de cada tres admitió haber sido amenazada⁴. En Colombia, una de cada tres mujeres que convive con un hombre ha sido, por lo menos, insultada; una de cada cinco ha sido golpeada; y una de cada tres ha sido forzada a tener relaciones sexuales³. La prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo muestran una variación de 14-17% de violencia física¹². También se reportan prevalencias tan altas del 65% de maltrato físico y psicológico¹³.

Aunque se presenta en mayor o menor grado en

todas las clases sociales, muchas veces se ha asociado con las clases sociales bajas; esta percepción es producida porque es más visible y pública en estos estratos².

Existen algunas características que permiten identificar a las embarazadas en mayor riesgo de padecer violencia: Las mujeres embarazadas más jóvenes (13 a 17 años) presentan más riesgo (embarazo a edad temprana, madre soltera)^{5, 14-17}. En un estudio a embarazadas, el 21.7 % de las mujeres jóvenes, comparado con el 15.9% de las mujeres adultas informaron violencia doméstica¹⁸. Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega ser cuatro veces más probable.

En el grupo de 15 a 44 años, una de cada cinco muere por violencia, con una particularidad muy importante: a diferencia de la muerte de los hombres la mayoría se presentan en el espacio doméstico¹. La violencia que generalmente se presenta en el ámbito familiar hace que la mujer pierda uno de cada cinco días saludables en su vida reproductiva⁷.

Estudios en la Ciudad de Nueva York, Chicago y Carolina del Norte, muestran que en las sociedades urbanas y rurales las muertes de embarazadas por violencia del compañero sentimental superan a la de cualquier complicación médica del embarazo. Usando los informes médicos y certificados de defunción, el estudio de Nueva York mostraba que fallecieron el 63 por ciento de las mujeres embarazadas agredidas. Según datos nacionales, en USA, el 69% de los homicidios de las mujeres embarazadas son causados por un allegado o conocido. El estudio de Chicago mostraba datos parecidos: el homicidio era la causa del 25 por ciento de la mortalidad materna¹⁸. En general el riesgo aumenta si viven solas, si vive en un ambiente hacinado y si tienen bajo nivel socio-económico a la vez. La violencia doméstica se asocia con el consumo de alcohol, tabaco o drogas por ambos miembros de la pareja y si existen antecedentes de depresión o de trastornos de estrés postraumático en la pareja. Los perpetradores de violencia doméstica frecuentemente aíslan a "sus" mujeres, incluso haciéndoles perder las citas con el Ginecólogo. Otras características son el escaso cuidado personal y la falta de conducta autónoma. (Los indicadores de cuidado personal y de autonomía para el embarazo incluyen la toma de decisiones sobre cuándo quedar embarazada, el uso responsable de los anticonceptivos, la ingesta adecuada durante la gestación, la participación y colaboración con el médico y el tratamiento y la preparación para el parto y la maternidad). Con respecto a esta violencia se han asociado otros factores de riesgo como: desempleo, subvaloración social del sexo femenino, fortalecimiento de conductas discriminatorias, baja autoestima y

dependencia económica, entre otras².

Algunos estudios ofrecen datos concluyentes sobre el impacto de la violencia doméstica en los resultados del embarazo, indican que estas mujeres tienen tendencia a entrar más tardío a su cuidado prenatal, que ganan menos peso durante el embarazo, sobre todo si son adolescentes, y si consumen más sustancias nocivas durante el embarazo. Estos tres factores aumentan el riesgo de bajo peso al nacimiento. Las mujeres que sufren malos tratos durante el embarazo tienen más probabilidades de sufrir depresión posparto alrededor del 50%¹⁸. Otros estudios han demostrado que las mujeres abusadas física o psicológicamente por sus parejas durante el embarazo, o el año anterior, están en elevado riesgo de graves complicaciones de salud en su gestación. Aunque muchos problemas de salud han sido asociados previamente con el hecho de ser víctima de violencia, esta es la primera vez que se demuestra definitivamente que compromete la salud de una mujer durante el embarazo y la salud de su bebé: Se analizaron datos de más de 118,000 mujeres que dieron a luz entre el 2000 y 2003 encontrando que las mujeres que fueron abusadas el año previo a que quedaran embarazadas o durante el mismo embarazo fueron de un 40-60% más proclives a presentar presión arterial alta, sangrado vaginal, náuseas severas, e infecciones renales o del tracto urinario durante su embarazo que las que no fueron abusadas¹⁹.

Las mujeres víctimas de abuso físico padecen frecuentemente enfermedades de transmisión sexual, implantación defectuosa de placenta o su ruptura,¹⁸ también son un 37 % más propensas a dar a luz pretérmino, y sus niños, un 17% más proclives a tener menos del peso normal y con un 30% más de posibilidades de ser internados en una unidad de cuidados intensivos después del nacimiento, sufrir daño y muerte fetal, corioamnionitis, dependencia al alcohol o drogas, intentos de suicidio, depresión, ansiedad, cuidados prenatales inadecuados y mayores consultas al médico^{11, 14-17}. Es necesario realizar más investigaciones para comprender los mecanismos actuantes, pero independientemente de los mecanismos, no hay duda que el abuso por parte de los esposos y novios compañero o familiar representa un grave riesgo para la salud de las mujeres, sus embarazos, y sus hijos recién nacidos, y que esto le generará más agresiones sexuales, y mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual¹⁸.

Además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión (descubierta a menudo después del parto aunque ya existía antes de éste) y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido

bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto (JAMA). Las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera probablemente también golpeará a sus hijos¹⁹.

Lo que estos datos nos ponen de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser un resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos contraceptivos²⁰. La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro al binomio madre-hijo. “Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”²¹.

Con este marco conceptual, realizamos la presente investigación con el objetivo de detectar el maltrato físico y emocional en embarazadas de tres grupos sociales, atribuido este como factor de riesgo a la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal, analítico, comparativo.

Entrevistas estructuradas realizadas por personal multidisciplinario (enfermera, médico pediatra y ginecólogo, psicoanalista, trabajo social), se realizan en la zona urbana de la ciudad de Oaxaca 60 entrevistas exclusivas a mujeres embarazadas en su domicilio, distribuidas por grupos sociales, de acuerdo al estudio socioeconómico de la trabajadora social, 20 por cada grupo social, clase baja, media y alta, en busca de maltrato físico y emocional que pusieran en riesgo la integridad de la gestante y del producto.

La variable embarazo/maltrato se conceptualiza a través del motivo por el cual la población entrevistada expresó haber sufrido algún tipo de maltrato. Se consideraron variables que influyeran en la morbilidad de un embarazo, como son, edad, escolaridad, paridad, estado civil, ocupación.

Se incluyeron a todas las embarazadas que aceptaron participar en el estudio, y que permitieran el seguimiento de las entrevistas, la psicoanalista considero que las participantes se encontraran solas para dar respuesta a las preguntas en una segunda entrevista.

Bajo una muestra no probabilística, se seleccionó al azar el tamaño de la muestra, la cual considero a 147

sujetos en estudio de ellos, en frecuencia 84 de clase baja, 43 de clase media y 20 de clase alta, dando un porcentaje respectivamente de 57.1, 29.3 y 13.6% siendo todos válidos.

Estadísticamente se realizó correlación de muestras relacionadas entre las variables dándoles un valor de P.

Se aplicó la prueba de significancia estadística de Pearson en muestras relacionadas y valor de R cuadrado.

RESULTADOS

Se estudiaron 142 pacientes, de las cuales la media de la edad fue de 23.4 años, Mediana de 22 años, Moda de 18 años. Distribuidas de la siguiente forma 7.7% pacientes corresponde al rango de edad de 13 a 17 años. 47.8% casos corresponden al rango de edad de 18 a 22 años, 28.8% pacientes al rango de edad de 23 a 28 años, 15.4% al rango de edad de 29 a 36 años, Figura 1.

Figura 1.- GRUPO DE ESTUDIO



La frecuencia de violencia intrafamiliar se distribuyo de la siguiente forma: grado uno corresponde 27.46% para una F de 39 casos, grado dos es el 38.02% para una F de 54 casos, grado tres es el 24.64% para una F de 35 casos, grado cuatro es el 9.85%, para una F de 14 casos, Cuadro 1.

Cuadro 1. Frecuencia y Grado de Violencia Intrafamiliar en Mujeres Embarazadas.

(1) 0 a 9 Puntos	(2) 10 a 20 Puntos	(3) 21 a 30 Puntos	(4) de 31 a 42 Puntos
39	54	35	14
Ausencia de Violencia	Inicio de Violencia	Violencia Evidente	Violencia que pone en peligro la vida

En relación al tipo de violencia esta se distribuyó de la siguiente forma:

Violencia emocional.- Se presentó en 76 casos 51.7%, en 62 no ocurrió 42.2%, 9 no contestaron 6.1%, siendo todos estos porcentajes válidos.

Violencia económica.- se presentó en frecuencia en 95 casos 64.6%, en 50 casos no ocurrió 34.0%, dos no contestaron 1.4%, estadísticamente los porcentajes fueron válidos.

Violencia sexual.- Ocurrió en 14 casos 9.5%, se negó en 133 casos 90.5%, siendo ambos porcentajes válidos.

Violencia física.- Se dió en 81 casos 55.1%, no ocurrió en 46 casos 31.3%, no contestó en 20 casos 13.6%.

En relación al Estado de Salud de las embarazadas.- Estaban enfermas 83 casos 56.5% y sanas 64 casos 43.5%.

En relación al Acceso a los servicios de salud: Fueron derecho habientes al IMSS 57 casos 38.8%, ISSSTE 12 casos 8.2%, Medicina privada 20 casos 13.6%, SSA 28 casos 19.0%, sin servicios 57 casos 38.8%.

En relación a la Planeación del embarazo: Fueron embarazos planeados 41 casos 27.9%, y 106 embarazos no planeados 72.1%.

La correlación de las muestras relacionadas se resumen en el Cuadro No. 1. En donde al comparar violencia emocional con estado de salud mostró una correlación de 0.545 siendo significativa, de igual forma al comparar la violencia económica y estado de salud mostró una correlación de 0.256.

La violencia económica y el acceso a los servicios de salud en una correlación de 0.462 fue significativa, finalmente al comparar el estado de salud y la planeación del embarazo tuvo una correlación de 0.158 la cual **no fue significativa**.

En relación con la edad gestacional se encontró que en la clase media y alta el 90% fueron embarazos planeados en relación con el ciclo escolar, esperando su nacimiento en los meses de julio y agosto, y en la clase baja el 100% de la muestra los embarazos no fueron planeados.

En los Cuadros 1, 2 y 3 se resumen la frecuencia y grado de violencia intrafamiliar en las mujeres embarazadas, motivo de atención hospitalaria en el grupo de embarazadas, actitud maternal ante el embarazo.

En el Cuadro 4 se describe la logística sociodemográfica con significancia estadística de Pearson.

Cuadro 2. Motivo de Atención Hospitalaria Grupo de Embarazadas.

Embarazadas	Parto	Cesárea	Aborto	Total
Con Violencia	35	59	9	103
Sin Violencia	36	3	0	39
Total	71	62	9	142

Cuadro 3. Actitud Maternal ante el Embarazo.

Actitud	Con Violencia	Sin Violencia	Total
Rechazo	61	0	61
Aceptación	29	8	37
Deseado	13	31	44
Total	103	39	142

Cuadro 4. Logística Sociodemográfica

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Clase Media Alta	18	13.7
Clase Media	52	36.6
Clase Media Baja	42	29.6
Clase Pobre	30	21.1
Estado Civil		
Soltera	37	26.1
Casada	80	56.3
Unión Libre	25	17.6
Educación		
Analfabeta	9	6.3
Primaria	50	35.2
Secundaria	51	35.9
Nivel Medio Superior	23	16.2
Licenciatura	9	6.3

Con una significancia estadística en las variables nivel socioeconómico, estado civil y escolaridad en correlación con la violencia domestica hacia las embarazadas.

En el Cuadro 5 del resumen del modelo estadístico, que aparece R cuadrado (R^2) 0=0.90, que es el cuadrado del coeficiente de correlación muestral. En consecuencia este coeficiente indica la proporción de variabilidad total de la variable dependiente explicada por el modelo de regresión en un 90%. Indicando fuerte relación positiva. El coeficiente estandarizado beta coincide con el coeficiente de correlación de Pearson de el Cuadro 3.

El cuadrado de este valor es el coeficiente de determinación e interpretamos como la proporción de la varianza asociada de una variable sobre la otra considerando R^2 de 0.90 la correlación es alta explicando en un 90% dicha asociación en la variable predictora embarazo y la variable dependiente, violencia.

De igual forma en el Cuadro 6 los resultados del análisis de varianza (ANOVA) evaluó la significación del modelo. El nivel crítico (Sig.) indica que R tomó un valor

Cuadro 5. Resumen del Modelo Estadístico.

Modelo	R	R Cuadrado	R Cuadrado Corregida	Error Tip. de la Estimación
1	.908	.824	.821	.46709937

a Variables Predictoras: (Constante). EMBARAZO.

b Variable Dependiente: VIOLENCIA

Cuadro 7. Coeficientes de Correlación.

Modelo		Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	t	Sig.	Intervalo de Confianza para B al 95% Límite Inferior Límite Superior	
		B	Error Tip.	Pearson Beta				
1	(Constante)	4.682	.298		- 15.70 3	.000	- 5.279	- 4.08 4
	Embarazo	3.448	.277	.908	16.05 3	.000	3.892	5.00 3

a Variables Predictoras: (Constante). EMBARAZO.

b Variable Dependiente: VIOLENCIA

Cuadro 6. ANOVA (b).

Modelo		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	56.224	1	56.224	257.692	.000
	Residual	12.000	55	.218		
	Total	68.224	56			

a Variables Predictoras: (Constante). EMBARAZO.

b Variable Dependiente: VIOLENCIA

de 0.90, lo cual implica que R es mayor que cero y que, en consecuencia, ambas variables están linealmente relacionadas.

El Cuadro 7 muestra los coeficientes de la recta de regresión. La columna etiquetada Coeficientes no estandarizados contiene los coeficientes de regresión parcial que define la ecuación de regresión en puntuaciones directas.

B_1 : Indica el cambio medio que corresponde a la variable dependiente (violencia) por cada unidad de la variable predictora (embarazo).

Pronóstico de violencia = $4.68 + 3.44$ (embarazo) por cada embarazada existe un incremento constante de 4.68 veces de ser violentadas.

El coeficiente de correlación B_1 es significativamente distinta de cero, lo cual nos permite concluir que entre embarazo y violencia existe una relación lineal significativa.

DISCUSIÓN

La violencia que causa daño a la salud física y que provoca la muerte, o la que demanda atención médica, se considera como problema de salud y corresponde a dicho sector afrontarlo; la violencia intrafamiliar a niños y mujeres pareciera equivocadamente ser de exclusiva

responsabilidad de los movimientos feministas o de organismos estatales pro defensa de los derechos del niño o de las mujeres⁴. Cuando el maltrato se practica a una mujer embarazada se daña no solo a ella si no al producto de la gestante la violencia física o emocional contribuye en gran medida al estado de ánimo, de la persona. En la vida de la mujer, el embarazo constituye una etapa de intensa actividad emocional, que nada tiene que ver, con la idea de unos meses de espera pasiva y más o menos feliz¹⁹.

Es importante que se considere que “la maternidad implica, además de la preparación de un útero receptivo, también la elaboración de un regazo psíquico donde el niño que nacerá pueda ser esperado, esto es, pensado y amado incluso antes de ver la luz”. (Veggetti-Finzi). Cuando existe violencia dentro del seno familiar difícilmente es denunciado, esto lleva a un hogar muchas veces desintegrado, sin comunicación, las mujeres embarazadas deben vivir el embarazo como una experiencia plena de satisfacción y deseo del hijo que esperan dado que no es una entidad patológica si no un periodo fisiológico que debe vivirse como tal, cuando las madres no son víctimas de violencia tienen deseos de llevar su embarazo a término felizmente sin complicaciones, acuden a sus consultas prenatales y dan seguimiento del mismo, por el contrario el periodo de la maternidad pasa como cualquier tiempo esperando solo el momento de dar a luz como se den las circunstancias.

En el presente trabajo se encontró que las gestantes con mayor riesgo son aquellas que perciben más maltrato físico y emocional aunado a las circunstancias de edad en los extremos. Se debe considerar el maltrato a embarazadas como parte de la historia clínica como factor de riesgo de mortalidad materna. Ya que contribuye a un bajo autoestima de la mujer y la limita muchas veces a hacer parte de un gran grupo de mujeres que no validan sus derechos. Se debe considerar que el

maltrato no es exclusivo de la clase social baja, se encontró en los tres grupos de clases sociales.

El tema de la violencia durante el embarazo ha recibido poca atención al menos en México, donde éste puede ser el principal motivo de abortos, fracturas y hemorragias, pero que se mantiene totalmente oculto en la mayoría de los casos. Por todo ello desde hace más de un siglo la mujer ha empezado a cuestionar las prácticas discriminatorias que las ubican en un nivel inferior, todo ello con justa razón. Los grupos de mujeres y los organismos internacionales reconocen el problema de violencia contra las mujeres no sólo como un factor de perturbación social y como problema de Salud Pública, sino también como una violación de los derechos humanos³. Así como la falta de sensibilización y de conocimiento sobre perspectiva de género ha provocado que la atención en los servicios de salud hacia las mujeres que sufren violencia intrafamiliar sea deficiente²².

Aunque existe un esfuerzo creciente de incluir el tema del embarazo de adolescentes y la violencia en los programas regulares de educación sexual en México, también existe una falta de atención significativa a las causas que originan esta violencia²³.

Todos los días, los ginecólogos tratan a pacientes que están experimentando violencia doméstica. Esto incluso se da en poblaciones que tienen una baja tasa (4%). Los médicos no pueden confiar en que el paciente lo manifieste espontáneamente (sólo un pequeño porcentaje, entre el 2.8 y el 5% de las víctimas lo hace). Por ello el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomienda la identificación rutinaria durante el embarazo de las mujeres que son víctimas de la violencia doméstica, considerando los factores de riesgo aquí mencionados.

Parece ser que, si se realiza un seguimiento trimestral, se aumentan las probabilidades de descubrir el problema, de un 5-8% en el primer trimestre a un 17% en el tercer trimestre. Para ello es importante hacer preguntas abiertas tales como: ¿Cómo se hizo eso?, o de respuesta cerrada como: ¿La han agredido?, pues parece ser que es la forma más efectiva. Si es posible, debe practicarse algún test diseñado para detectar si existe dicho problema. En la actualidad, el efecto del embarazo en un ambiente familiar en el que ya hay violencia es bien conocido. Por ello, la mujer no debe pensar que quedarse embarazada puede ser la solución a todos los problemas y que más bien los agravaría. Por ello es necesario que medite bien antes de tomar esta decisión²⁴.

CONCLUSIÓN

Como médicos de primer contacto tenemos que tener la información suficiente sobre la evolución del embarazo y del producto esperado, no bastan las preguntas e indagatorias rutinarias, se tiene forzosamente que documentar detenidamente su evolución biopsicosocial y hacer equipo con los servicios de Ginecología de la adolescente embarazada, para verse inmerso en esta problemática que va en incremento y que impacta en la morbilidad y mortalidad. Situación que se ha mantenido en el anonimato por falta de sensibilidad y que de alguna manera repercute enormemente en el binomio madre-hijo. De otra forma todos los programas relacionados a la salud materno-fetal estarán incompletos sin obtenerse los éxitos deseados sobre todo en su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- "Nearly 10 percent of Teenage Mothers Experience Violence while Pregnant", Family Planning Perspectives, 31:1999
- 2.- Quiroz M, Restrepo V, Restrepo C, Suarez J. Prevención y atención de la violencia intrafamiliar. Medellín: Microformas. 1995; 136: 1-65.
- 3.- Franco S. La violencia una realidad social. Instituto Colombiano de bienestar familiar, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Subsecretaría de la mujer. Primer foro regional sobre violencia intrafamiliar; Medellín; 1993.
- 4.- Donohoe M. Domestic violence against women. JAMA 1995; 274 (19): 15-27.
- 5.- Geary F, Wingate C. Domestic violence and physical abuse of women: The grady memorial hospital experience. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181 (1): 517-21.
- 6.- La violencia doméstica durante el embarazo Gen salud. Hoja informativa del programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS (OMS) http://paho.org/genero_salud.
- 7.- Horan D, Chain J, Kein L, Schemidt L, Shulkin L. Domestic violence screening practice of obstetrician-gynecologists. Obstet Gynecol 1998; 92: 785-9.
- 8.- Madhabika B, Yattama M. Assault victim history as a factor in depression during pregnancy. Obstet Gynecol 1999; 94: 204-8.
- 9.- Marwick C. Domestic violence recognized as world problem. JAMA. 1998; 274 (19): 1.510.

- 10.- Heise L. Violencia contra la mujer: La carga oculta a la salud. Washington D.C.: Organización panamericana de la salud. 1994.
- 11.- Rodriguez M, Bauer H, McLoughlin Z, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse. JAMA 1999; 282: 468-74.
- 12.- Mc Farlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: Frequency, severity, perpetrator, and risk factor of homicide. Public health Nurs 1995; 12 (5): 284-9.
- 13.- O'campo P, Gielen AC, Faden RR, Kass N. Verbal abuse and physical violence among a cohort of low-income pregnant women. Women's health issues. 1994; 4 (1): 29-37.
- 14.- Poole G, Martin J, Perry K, Griswold J, Lambert J, Rhodes R. Trauma in pregnancy: The role of interpersonal violence. Am J Obstet Gynecol 1996; 174 (6): 1873-8.
- 15.- Bewley CA, Gibbs A. Violence in pregnancy. J. Nurse Midwifery 1991; 7 (3): 107-12.
- 16.- Curry M, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. Obstet Gynecol 1998; 92: 530-4.
- 17.- Widding L, Grimstad H, Maler A, Schei B, Janson P. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78: 310-15.
- 18.- Silverman J. La violencia a embarazadas da lugar a graves amenazas para la salud. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006; 2(34): 57.
- 19.- Valdez R, Sanin L. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública de Mexico 1996; 38 (5): 352-62.
- 20.- Heise, L. "Reproductive Freedom and Violence Against Women: What are the Intersections?" The Journal of Law, Medicine and Ethics 1993; 5: 27.
- 21.- Bewley, C. "Coping with Domestic Violence During Pregnancy". Nursing Standard, 1994; 1: 8-12
- 22.- Melgarejo J. Agresiones, principal causa de abortos, fracturas y hemorragias. Lourdes Godínez Leal Cimac | México, DF.
- 23.- Castro R, Casique I. Empowerment and physical violence throughout women's reproductive life in México. Violence against women 2008 waw.sagepub.com
- 24.- Ruíz PI, Plazaola CJ, Álvarez KM, Palomo PM, Amalte BA, Bonet PA, De Santiago HML, Herranza TA, Garralón RLM. Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women Annals of epidemiology. 2006; 16 (5): 357-63