

REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

RESUMEN

Objetivo: Reactualizar la prevalencia del abuso contra las mujeres atendidas en los servicios de obstetricia del Cono Sur de Lima y establecer la asociación entre la violencia y la patología materna y perinatal y la mortalidad perinatal. **Diseño:** Investigación analítica de tipo cohorte retrospectiva. **Lugar:** Hospital María Auxiliadora y en el Hospital Materno Infantil Cesar López Silva de Villa El Salvador. **Participantes:** Púérperas hospitalizadas. **Intervenciones:** Entre marzo y noviembre de 2005, se aplicó una encuesta a 733 púérperas antes del alta, para identificar la presencia de violencia contra la mujer. Según las respuestas se les clasificó en tres grupos: sin violencia (30,7%), con historia de violencia (37,4%) y con violencia durante este embarazo (31,9%). En cada caso, se revisó la historia clínica perinatal y se verificó las variables demográficas, así como las complicaciones maternas y perinatales. Se determinó igualmente los casos de muertes fetales o neonatales. Los datos fueron procesados en Epi Info V.6. Para examinar las diferencias, se aplicó χ^2 y *t* de student y se consideró estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$. **Principales medidas de resultados:** Violencia durante el embarazo, complicaciones obstétricas y neonatales. **Resultados:** En el grupo con violencia durante el embarazo, fue significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales, así como una mayor mortalidad perinatal. **Conclusiones:** La violencia basada en género es muy frecuente entre la población de gestantes que se atienden en el Cono Sur de Lima y se asocia con mayor frecuencia de patología materna y perinatal, así como mayor mortalidad perinatal.

Palabras clave: Violencia de género, Violencia contra la mujer, Violencia doméstica, Violencia y embarazo, Violencia y resultados maternoperinatales

Luis Távara-Orozco¹, Luis Orderique²,
Tula Zegarra-Samamé², Silvia Huamani²,
Flor Félix², Kelvin Espinoza-Tarazona²,
Ovidio Chumbe-Ruiz², José Delgado³,
Oscar Guzmán-Cruz²

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):10-17

Recepción: 13 de febrero de 2007

Aceptación: 15 de febrero de 2007

1. Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, SPOG Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG
 2. Departamento de Ginecoobstetricia, Hospital María Auxiliadora, Lima
 3. Hospital Materno Infantil César López Silva, Villa El Salvador, Lima
- luistavara@speedy.com.pe
luis.tavara@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To recall abuse prevalence against women attended at Lima's South Cone obstetrical services and to establish association between violence and both maternal and perinatal pathology and perinatal mortality. **Design:** Analytical retrospective cohort investigation. **Setting:** Maria Auxiliadora Hospital and Cesar Lopez Silva Mother and Child Hospital, Villa El Salvador. **Participants:** Hospitalized puerperal women. **Interventions:** Between March and November 2005 we applied a survey to 733 puerperal women before discharge from the hospital in order to identify the presence of violence against women. Answers were classified in three groups: with-

out violence (30,7%), with violence history (37,4%) and with violence during this pregnancy (31,9%). We reviewed the perinatal clinical history in each case and verified demographic variables as well as maternal and perinatal complications. We also determined both fetal or neonatal deaths. Data was processed in Epi Info V.6. In order to examine differences, we applied χ^2 and student *t* and we considered statistically significant when $p < 0,05$. **Main outcome measures:** Violence during pregnancy, obstetrical and neonatal complications. **Results:** In the violence during pregnancy group the higher frequency of obstetrical and neonatal complications was significant, as well as higher perinatal mortality. **Conclusions:** Gender based violence is very fre-

quent in the pregnant population attended at Lima's South Cone and is associated with higher maternal and perinatal pathology frequency and higher perinatal mortality.

Key words: Gender violence, Violence against women, Domestic violence, Violence and pregnancy, Violence and maternal and perinatal results.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es definida como "cualquier acto de violencia basada en género que produce o puede producir daños o



sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada^(1,2). La violencia basada en género (VBG) es reconocida como un problema social y de salud pública, concierne a los derechos humanos y por tanto es obligación del Estado y de toda la sociedad intervenir⁽³⁾.

Los autores que han escrito sobre el tema, coinciden que la violencia es un mal social que va en aumento en todas sus formas. La VBG no es un problema de la sociedad contemporánea, ha sido constante a lo largo de la historia⁽⁵⁾, de tal manera que hoy la padecemos como endémica en comunidades y países de todo el mundo, sin distinción de clases sociales, raza, edad o religión. Esta puede tomar la forma de abuso mental, físico y sexual^(4,6).

Como ejemplos de la anterior afirmación, se tiene conocimiento que más de un quinto de las mujeres en el mundo sufre de violencia física o sexual, que dos millones de niñas son sometidas cada año a alguna forma de mutilación genital, que la violencia doméstica es común en la mayoría de sociedades, que las violaciones y otras formas de violencia sexual están aumentando en todo el mundo y que dos millones de niñas entre 5 y 15 años son introducidas en el mercado comercial del sexo cada año⁽⁷⁾.

El embarazo no es un factor protector contra la violencia de género, conforme se ha demostrado en un estudio nacional; por el contrario, se puede constituir en una etapa crítica en donde aumenta la vul-

nerabilidad de la mujer al abuso de diferente naturaleza⁽⁴⁾, dado que existen resultados adversos para las madres y sus niños⁽⁸⁾. La salud física y mental de las mujeres embarazadas que sufren violencia doméstica está comprometida en comparación con las mujeres que no son víctimas de violencia^(6,9).

A pesar de que el embarazo es una etapa donde se desarrolla una nueva vida y debería ser un período en que se respeta el bienestar de la madre y el feto, esto en términos reales no es así, y la violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse. Es una fuerte carga para los países en general y, a pesar que es un mal generalizado, termina por afectar a las más débiles^(10,11).

Comúnmente, las mujeres se resisten a reportar el problema a sus médicos y ellos no investigan lo suficiente acerca de la posibilidad de exposición a VBG en sus pacientes⁽⁶⁾. Se reconoce hoy en día que la VBG es muy frecuente durante el embarazo y tiene graves efectos sobre la salud y la vida de las gestantes y sus niños⁽³⁾.

El presente estudio se llevó a cabo bajo las dos siguientes hipótesis de trabajo:

1. Existe asociación entre la VBG y la mayor frecuencia de patología materna y perinatal, y
2. Existe asociación entre la VBG y la mayor frecuencia de mortalidad perinatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación utilizó un diseño de estudio epidemiológico analítico de cohorte retrospectiva y se llevó a cabo en los servicios de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora y del Hospi-

tal Materno Infantil Cesar López Silva, ambos situados en el Cono Sur de Lima, en donde vive predominantemente población urbanomarginal.

Desde marzo a noviembre de 2005, se seleccionó aleatoriamente, en los ambientes de puerperio de ambos establecimientos, 733 mujeres que habían tenido recientemente su parto por vía vaginal o cesárea. Para ello se aplicó criterios de inclusión (todos los casos de parto vaginal y cesárea primaria atendidos en los dos hospitales) y de exclusión (los casos de cesárea iterativa, hemorragia del tercer trimestre, embarazos múltiples, polihidramnios y malformaciones congénitas en el recién nacido).

Se estudió las variables independientes violencia psicológica, física, sexual y sexual en la niñez, con las alternativas de sin violencia, violencia actual y violencia en el pasado, respectivamente.

De acuerdo a la nomenclatura usada en este estudio, se consideró:

- Violencia psicológica (emocional), cuando hubo insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados por la víctima, cuando la víctima fue amenazada, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada o aislada.
- Violencia física, cuando la víctima recibió golpes, cortes, quemaduras, jalones de pelo, bofetadas, puñetazos, patadas, heridas con arma blanca o arma de fuego.
- Violencia sexual, cuando la víctima fue sometida a contactos o relaciones sexuales sin su consentimiento.



- Violencia sexual en la niñez, cuando la víctima fue tocada de una manera inapropiada u obligada a manipular sexualmente al agresor o tener relaciones sexuales antes de los 15 años de edad.

En cada caso seleccionado se siguió la siguiente ruta crítica:

- Entrevista a la puérpera, utilizando la ficha diseñada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog), para identificar la VBG (Anexo 1)⁽¹²⁾.
- Antes de iniciar el cuestionario, los profesionales explicaron a las mujeres la razón de hacer las preguntas y la importancia de dar respuestas correctas, porque el problema puede ser solucionado si es diagnosticado. Se les explicó además que esa violencia puede ser de parente cercano, que la información sería confidencial, que no sería usada para hacer denuncia alguna y que su nombre no sería consignado en el cuestionario.
- Para cautelar los aspectos éticos, las usuarias fueron informadas por los profesionales que podían negarse a responder todas o algunas de las preguntas, sin que su no aceptación fuera usada como excusa para dejar de atenderlas o atenderlas deficientemente. Se les informó también que se mantendría el anonimato en cada cuestionario. No se solicitó la firma de consentimiento informado, para evitar que quedaran documentos firmados por las usuarias y que pudieran ser mal usados en algún momento.

Anexo I. Instrumento de detección de violencia de género

Nombre de la puérpera..... HC:..... Fecha:.....
Establecimiento de Salud

Introducción a las preguntas

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que salen de alta. Es muy importante que usted sea sincera en sus respuestas, porque esta situación de violencia puede ser solucionada. Lo que usted nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad

Violencia psicológica

1. ¿Usted se sintió alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo o por alguna persona importante para usted (ejemplo: insultos constantes, humillaciones, rotura de objetos apreciados por usted, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada, aislada, etc)?

Sí No

Si es Sí ¿Cuándo sucedió la última vez?

Fue agredida durante este embarazo Sí No

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió?
.....

Violencia física

2. ¿Alguna vez su esposo, compañero o alguien importante para usted le causó daño físico? (ejemplo: golpes, cortes, quemaduras, heridas con arma blanca o arma de fuego, etc)

Sí No

Si es Sí ¿Cuándo sucedió la última vez?

Fue agredida durante este embarazo: Sí No

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió?
.....

Violencia sexual

3. ¿En algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

Sí No

Si es Sí ¿Cuándo sucedió la última vez?

Ocurrió en este embarazo Sí No

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió?
.....

4. ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien u obligada a tener contacto o relaciones sexuales?

Sí No

Nombre del Profesional

- Se verificó el llenado de la historia clínica perinatal, tanto en el componente materno como en el neonatal.
- Terminado el recojo de datos, según las variables relacionadas

con la violencia, se separó los casos en mujeres sin VBG y mujeres víctimas de VBG. El segundo grupo se subdividió en mujeres con historia de VBG y mujeres con VBG en el presente embarazo.



■ En cada caso se identificó retrospectivamente variables demográficas, como edad, estado civil, grado de instrucción, religión y ocupación. Igualmente, en cada caso se identificó retrospectivamente en la historia clínica perinatal las siguientes variables dependientes atención prenatal, culminación del parto, complicaciones obstétricas, complicaciones neonatales, muerte fetal, muerte neonatal y muerte perinatal.

■ Los datos fueron ingresados en el Programa EpiInfo V.6 y se les procesó para encontrar las diferencias entre los tres grupos. Para las proporciones, se aplicó chi cuadrado y en el caso de las medias se aplicó t de student. Se consideró diferencia estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Con los datos procesados se preparó tablas y gráficas.

RESULTADOS

Del total de 733 puérperas encuestadas, se encontró que 225 (30,7%) no habían tenido algún episodio de violencia en su vida y que las 508 restantes (69,3%) tenían historia pasada o reciente de violencia. En este grupo, se encontró 363 casos (49,5%) de violencia psicológica, 228 (31,0%) de violencia física, 107 (14,6%) de violencia sexual y 167 casos (22,8%) de violencia sexual en la niñez. Como se podrá apreciar, los porcentajes suman más de 100 por cuanto, pues muchos casos fueron víctimas de dos o más formas de violencia.

En la Tabla 1 muestra algunas características demográficas perte-

Tabla 1. Características de las mujeres entrevistadas

Característica	Con violencia		Sin violencia	
	n= 508	%	n= 225	%
● Edad				
– < 20 años	61	12	25	11
– 20-34 años	356	70	155	69
– > 34 años	91	18	45	20
● Nivel de instrucción				
– Superior no universitario	82	19,1	23	10,3
– Secundaria	357	70,2	182	81
– Primaria	60	11,9	20	8,7
– Ninguno	09	1,8	0	0
● Estado civil				
– Soltera	28	12,4	76	14,9
– Unión estable	165	73,2	350	68,9
– Casada	32	14,4	81	15,9
– Otro	0	0	2	0,3
● Religión				
– Católica	409	80,5	207	92
– Cristiana, no católica	86	17	18	8
– Ninguna	13	2,5	0	0
● Ocupación				
– Ama de casa	380	74,8	188	83,6
– Estudiante	46	9,0	7	3,1
– Profesora	12	2,4	3	1,3
– Trabajadora empleada u obrera	13	2,4	9	4,0
– Trabajadora independiente	57	11,2	18	8,0

necientes a las mujeres sin violencia y aquellas que fueron víctimas de abuso.

Una vez determinada la presencia de violencia, las víctimas (508) fueron clasificadas en: grupo con violencia antes del embarazo y grupo con violencia durante el embarazo. Aquí es necesario precisar que la mayoría de las mujeres violentadas durante el embarazo tam-

bién lo fueron antes de él, pero para efectos del estudio se les clasificó en el grupo durante el embarazo (Tabla 2).

Para examinar la variable atención prenatal, se consideró la asistencia a las consultas prenatales y el promedio de consultas a las que asistieron. Se observó que la asistencia a la consulta fue notoriamente más tardía en el

Tabla 2. Distribución de mujeres según haya sido la VBG, antes o durante el embarazo (*)

Tipo de violencia	Antes del embarazo		Durante el embarazo	
	n= 274	37,4 %	n= 234	31,9 %
● Psicológica	192	26,2	171	23,3
● Física	159	21,7	69	9,4
● Sexual	222 (**)	30,3	52	7,1

* Los porcentajes se obtiene en relación al total de puérperas estudiadas (733)

** Incluye los casos de violencia sexual en la niñez



Tabla 3. Atención prenatal

Atención prenatal (APN)	VGB antes del embarazo		Sin violencia		VGB durante el embarazo	
	n = 274	%	n = 225	%	n = 234	%
• Con APN (*)	121	44,2	158	70,2	78	33,3
• Sin APN	153	55,8	67	29,8	156	66,7
• Promedio de atenciones *		3,5		5,8		2,7

* p < 0,05

grupo de mujeres que fueron violentadas durante el embarazo (Tabla 3). Se puede objetivar en esta tabla que las mujeres violentadas durante el embarazo no tuvieron atención prenatal en una mayor proporción y el promedio de consultas en las que sí la tuvieron fue menor en ese grupo, seguramente por haber ingresado más tardíamente a la consulta.

La Tabla 4 presenta las patologías maternas examinadas en cada uno de los grupos. La culminación del embarazo se hizo por vía vaginal en mayor proporción en las mujeres que no fueron víctimas de violencia; en tanto, en aquellas violentadas durante el embarazo, la

intervención cesárea se hizo con mayor frecuencia, debido a la patología del embarazo y a las alteraciones encontradas en el trabajo de parto (Tabla 5).

El promedio del peso de los recién nacidos en el grupo de mujeres con violencia durante el embarazo, aunque no fue significativamente diferente cuando se le comparó con el grupo de mujeres sin violencia, hubo una tendencia a ser menor (62 gramos). En la Tabla 6 podemos examinar las patologías del neonato en los tres grupos, siendo la frecuencia de muchas de ellas, mayor en el grupo de mujeres con violencia durante el embarazo (Tabla 6).

Tabla 4. Patologías maternas

Tipo de patología	VGB antes del embarazo		Sin violencia		VGB durante el embarazo*	
	n = 274	100%	n = 225	100%	n = 234	100%
• Anemia	10	3,7	11	4,9	41	17,5
• Infección urinaria	9	3,3	7	3,1	22	9,4
• Rotura prematura membranas	7	2,6	4	1,8	19	8,1
• Hemorragia I trimestre	3	1,1	0	0	12	5,1
• Parto pretérmino	3	1,1	2	0,9	9	3,9
• Amenaza parto prematuro	3	1,1	0	0	8	3,4
• Preeclampsia	2	0,7	1	0,5	7	3,0
• Infección transmisión sexual	2	0,7	0	0	6	2,6
• Tuberculosis	1	0,4	0	0	5	2,1
• Restricción crecimiento intrauterino	1	0,4	0	0	4	1,7
• Oligohidramnios	1	0,4	0	0	4	1,7
• Corioamnionitis	1	0,4	0	0	4	1,7
• Depresión	0	0	0	0	5	2,1

* Todas las variables estudiadas son significativamente mayores en el grupo de mujeres agredidas durante el embarazo (p < 0,05)

La Tabla 7 y la Figura 1 nos muestran claramente la diferencia existente entre los grupos, cuando observamos la mortalidad fetal, mortalidad neonatal y mortalidad perinatal, que son claramente más altas en el grupo de mujeres sometidas a violencia durante el embarazo.

DISCUSIÓN

En este estudio retrospectivo de tipo cohorte, se trató de examinar analíticamente si es que la violencia basada en género, cuando se ejerce durante el embarazo, tiene repercusiones negativas sobre la madre y el recién nacido.

De los resultados obtenidos, en primer lugar resalta el hecho de la gran prevalencia de la violencia que sobre las mujeres es ejercida por el varón en algún momento de su vida. Poco más de las dos terceras partes de las mujeres entrevistadas habían sido violentadas antes o durante el embarazo, lo que confirma nuestros hallazgos en una investigación anterior⁽¹²⁾.

Al examinar las variables demográficas, llama la atención que las mujeres de instrucción superior no universitaria sean víctimas de violencia con mayor frecuencia, cuando otros reportes señalan precisamente lo contrario, en el sentido de que son las mujeres menos educadas y de menos ingresos económicos las que resultan ser víctimas con mayor frecuencia⁽¹³⁻¹⁵⁾. Como explicación a este hallazgo, se puede citar la existencia de un reporte en el que se expresa que las mujeres de mejores ingresos económicos y de mayor educación se sienten empoderadas y, como tal, resisten las decisiones de sus parejas con más frecuencia, lo que origina una respuesta violenta de parte de ellos⁽¹⁶⁾.

**Tabla 5.** Tipo de parto

Tipo de parto	VBG antes del embarazo n = 274		Sin violencia n = 225		VBG durante el embarazo n = 234	
		%		%		%
• Espontáneo	258	94,2	212	94,1	192	82,1
• Cesárea (*)	12	4,8	11	4,9	38	16,2
• Fórceps	0	0	2	0,9	4	1,7
• Peso X del RN	3 237 g		3 150 g		3 088 g	

* Diferencia significativa ($p < 0,05$)

La variación en la cifras de frecuencia del abuso de las mujeres durante el embarazo se explica porque la pesquisa no se efectúa de rutina en las consultas prenatales y, al ocurrir la violencia usualmente en el hogar, muchos casos se considera de dominio personal e íntimo y aún se les admite como hechos de ocurrencia normal⁽³⁾. Lo cierto es que, la prevalencia de la violencia ejercida por la pareja íntima durante el embarazo ocurre en todo el mundo. En una muestra estudiada en un hospital de Uganda, pudo encontrarse que la violencia de género durante el embarazo tiene una frecuencia de 27,7%⁽¹⁵⁾, proporción semejante al 32% encontrada por nosotros. La mayor parte de reportes centran sus resultados en la prevalencia y

en las consecuencias de la violencia física^(14, 17-21). En una población estudiada en la India se reporta que la violencia física durante el embarazo tiene una prevalencia de 14%, la violencia psicológica 15% y la coerción sexual 9%⁽¹¹⁾, cifras cercanas a nuestros resultados, aunque la prevalencia de violencia psicológica fue mayor en la muestra estudiada por nosotros. En una población indígena estudiada en México, se encontró que la prevalencia de violencia durante el embarazo fue 13% y, concordantemente con lo encontrado en diferentes reportes, el marido fue el principal agresor⁽²²⁾.

Mención especial merece el caso de las adolescentes, en quienes la edad representa un factor de riesgo para la violencia. Muchos de los

embarazos en este grupo son producto de actos violentos, perpetrados por sus compañeros de cita, enamorados o familiares, violencia que se prolonga a lo largo de la gestación⁽³⁾. En una población estudiada en los Estados Unidos se encontró que, mientras en las embarazadas adultas la prevalencia de la violencia fue 14,2%, en la adolescentes fue 20,6%⁽²³⁾, llegando al extremo de precipitar el suicidio u homicidio como epílogo de los actos violentos sobre esta chicas⁽²⁴⁾.

No resulta extraño comprobar en nuestros resultados que las mujeres violentadas durante el embarazo hayan empezado tarde su atención prenatal, tengan un menor número de consultas y muchas de ellas no hayan tenido cuidados durante el embarazo, puesto que la carencia de medios económicos y la falta de capacidad para decidir sobre su salud las aleja de los servicios. Resultados similares son encontrados por otros autores^(13, 23, 25,26).

Las patologías del embarazo asociadas a la violencia de género son comúnmente encontradas en los diferentes reportes consultados, atraviesan los tres trimestres y obligan a una frecuencia mayor de hospitalizaciones. Igualmente, algunas enfermedades crónicas se pueden descompensar durante el embarazo como resultado de la violencia ejercida por la pareja^(3,15,20,27-32).

La mayor frecuencia de cesáreas encontradas en el grupo de mujeres con violencia durante el embarazo están en directa relación con la mayor frecuencia de patología de la gestación y las alteraciones encontradas durante el trabajo de parto⁽²⁷⁾.

Tabla 6. Complicaciones del recién nacido

Tipo de patología	Violencia antes del embarazo n = 274		Sin violencia n = 225		Violencia durante el embarazo* n = 234	
		%		%		%
• Alguna patología	24	8,86	18	8,0	48	20,5
• Depresión neonatal	7	2,6	4	1,8	14	6,0
• Asfixia	1	0,4	1	0,5	3	1,3
• Ictericia	3	1,1	0	0	5	2,1
• Síndrome dificultad respiratoria	2	0,7	2	0,9	3	1,3
• Pequeño para edad gestacional	1	0,4	2	0,9	5	2,1
• Neumonía	1	0,4	1	0,5	3	1,3
• Infección	1	0,4	1	0,5	2	0,9

* Gran parte de las patologías del neonato fue significativamente mayor en el grupo de mujeres violentadas, destacando lo relativo a depresión neonatal y niños pequeños para la edad gestacional.



Tabla 7. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal

Mortalidad	Violencia antes del embarazo n = 274		Sin violencia n = 225		Violencia durante el embarazo* n = 234	
	n	%	n	%	n	%
• Fetal	5	18,3	5	22,2	12	51,3
• Neonatal	3	10,9	1	4,4	5	21,4
• Perinatal	8	29,2	6	26,7	17	72,7

* Diferencia estadísticamente significativa (p < 0,05)

Así como la patología durante el embarazo es más frecuente en las mujeres violentadas, de igual forma destacan las patologías del neonato, en donde el peso bajo, la prematuridad y la depresión al nacer ocupan lugar importante y son las que han motivado la mayor frecuencia de muerte perinatal en este grupo, en concordancia con lo reportado en otras realidades^(3, 15,26,28-33).

No quedaría completo este reporte si es que no precisamos que muchas muertes maternas se

encuentran ocultas entre las complicaciones que se le asigna al embarazo y que no son más que producto de la violencia. Ya hemos adelantado que, en embarazadas adolescentes se dan casos de homicidio y suicidio como resultados de la violencia sufrida por la mujer⁽²⁴⁾. Un reporte norteamericano comenta que el abuso durante el embarazo es un factor de riesgo para atentar contra la vida de la gestante⁽³⁴⁾ y otro reporte expresa que el abuso durante el embarazo tiene fuertes implicancias en el femi-

cidio, puesto que 5% de las mujeres asesinadas lo fueron cuando se encontraban embarazadas⁽³⁵⁾.

En conclusión, podemos decir que la VBG durante el embarazo acusa una alta prevalencia en nuestro medio y su pesquisa debe ser conducida por personal que ha sido entrenado en la dinámica de la violencia, seguridad y autonomía de las mujeres. La VBG debe formar parte del interrogatorio que de rutina se debe hacer en cada trimestre durante la atención prenatal, para poder establecer con realismo su frecuencia y adelantarse a las funestas consecuencias que de ella se derivan. Reafirmamos que el médico ginecoobstetra está en una posición privilegiada para hacer esta pesquisa y de esta manera volcar sus intervenciones para detenerla y evitar daños y muertes innecesarias de niños y mujeres. Considerar, además, que existen factores de riesgo para el ejercicio de la violencia por parte de las parejas, como es el desempleo, la pobre educación, el uso de cigarrillos, alcohol y drogas^(3,5,6,13,27,32).

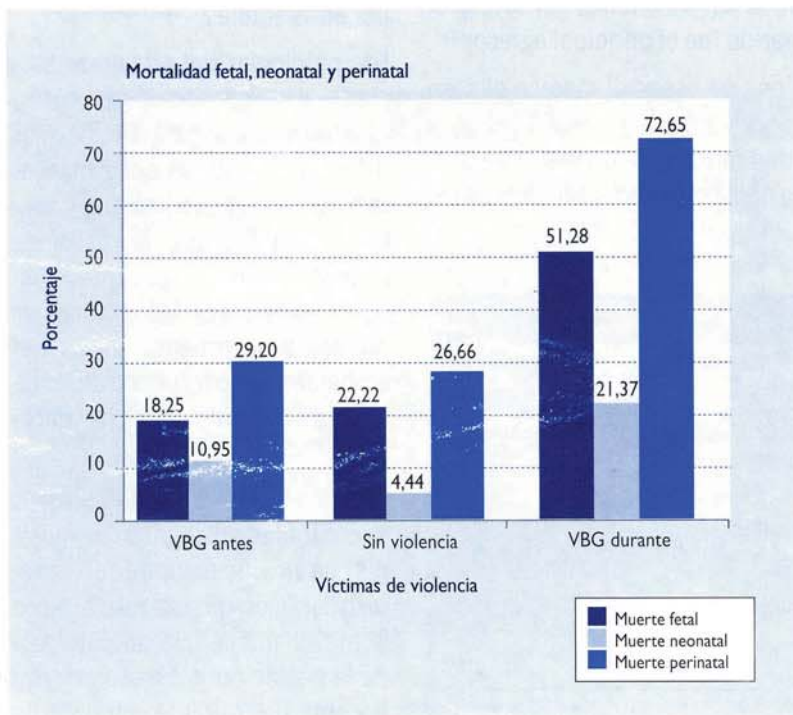


Figura 1

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre erradicación de la violencia contra la mujer. Asamblea General. 1993.
2. JHPiego. Detección y atención de la violencia doméstica. En: Atención de la Salud Reproductiva. Manual de los participantes. Lima, Perú: JHPiego, noviembre 2000:43-50.
3. Zapata L. Repercusiones de la violencia basada en género sobre el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(1):21-7.
4. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú. Lima, Perú: CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2002:119.
5. Rizzi R, Ruiz R, Maguna JJ. Maternal mortality due violence. Int J Gynaecol Obstet. 1998;63(Suppl 1):S19-S24.
6. Rabinerson D, Pollak-Rabinerson N, Glezerman M. Domestic violence against women and the role of the obstetrician/gynecologist. Harefuah. 2006;145(10):753-7.



7. Galimberti D. Rol de los tocoginecólogos en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Santa Cruz, Bolivia, 19-25 octubre 2002
8. Tan JC, Gregor KV. Violence against pregnant women in North western Ontario. *Ann NY Acad Sci.* 2006;1087:320-38.
9. Jones RF 3rd, Horan DL. The American College of Obstetricians and Gynecologists: responding to violence against women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78(Suppl 1):S75-S77.
10. Karchmer S. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;248:245-58.
11. Varma D, Chandra PS, Thomas T, Carey MP. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India. Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord.* 2006;Nov 14.
12. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Ginecol Obstet (Perú).* 2003;49:31-8.
13. Yanikkerem E, Karadas G, Adiquzel B, Sevil U. Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *Am J Perinatol.* 2006;23:93-103.
14. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79:625-30.
15. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom MM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birth weight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health.* 2006; 11:1576-84.
16. Watts C. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reprod Health Matters.* 1998;6:57-65.
17. Gazmarian J, Lazorick S, Spitz A, Ballard T, Saltzman L, Marks J. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA.* 1996;275:1915-20.
18. Janssen P, Holt V, Sugg N, Emanuel I, Critchlow C, Henderson A. Intimate partner violence and adverse outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188: 1341-1347
19. Leung WC, Leung TW, Lam J, Ho C. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;66:23-30.
20. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulazi AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;103:26-39.
21. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ.* 1993;149:1257-63.
22. Cuevas s, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdes-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias de los servicios del Ministerio de Salud en los Estados altamente pobres de México. *Salud Pública Mexicana-2006;48(Supl 2):S239-S249.*
23. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth in adult and teenage women. *Obstet Gynecol.* 1994;84:323-8.
24. Granja AC, Zacarias E, Bergstrom S. Violent deaths: the hidden face of maternal mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 2002;109:5-8.
25. Dietz P, Gazmarian J, Goodwin MM, Bruce C, Jonson Ch, Roach RW. Delayed entry into prenatal care effect physical violence. *Obstet Gynecol.* 1997;90:221-4.
26. Benitez G, Peña A, Peña D. Violencia contra la mujer. Resumen de casos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2004;64:211-3.
27. Cokkinides V, Coker A, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and outcomes. *Obstet Gynecol.* 1999;93(5 Pt1):661-6.
28. Negrees Y, Goldenberg R, Cliver S, Aut J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:455-60.
29. Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;95:254-60.
30. Yest NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;106:61-5.
31. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US States: association with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:140-8.
32. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Impact of Police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003;102:557-64.
33. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol.* 2002;100:700-5.
34. Harper M, Parsons L. Maternal death due to homicide and other injuries in North Carolina 1992-1994. *Obstet Gynecol.* 1997;90:920-3.
35. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol.* 2002;100:27-36.