

# Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México

Sergio Paredes-Solís, MC, M en CM,<sup>(1)</sup> Ascencio Villegas-Arrizón, MC, Dr en C,<sup>(1)</sup>  
Alba Meneses-Rentería, MC, M en CM,<sup>(1)</sup> Irma Esther Rodríguez-Ramos, MC, M en CM,<sup>(1)</sup>  
Luisa Reyes-De Jesús, Lic Enf,<sup>(2)</sup> Neil Andersson, MC, Dr en C.<sup>(1)</sup>

Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-De Jesús L, Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud Publica Mex* 2005;47:335-341.

## Resumen

**Objetivo.** Estimar la ocurrencia de la violencia física intrafamiliar contra la embarazada, factores asociados y percepción de daños a la salud, en un estudio con base poblacional. **Material y métodos.** Un grupo de enfermeras aplicó, una encuesta en cada hogar de Ometepec, Guerrero, México, a las mujeres que notificaron al menos un embarazo en los tres años previos a la encuesta. **Resultados.** Se realizó una entrevista a 2 389 mujeres, de las cuales 709 fueron elegibles para completar el cuestionario sobre el último embarazo. Entre mujeres cuyo esposo no estuvo presente en el momento de la entrevista, 21% declaró ser víctima de violencia física y 5.6% reportó maltrato físico intrafamiliar durante el último embarazo. Se encontró una asociación entre violencia física en la embarazada y sangrado transvaginal durante el embarazo. La asociación entre violencia física y pérdida del embarazo tuvo significancia estadística marginal ( $p=0.06$ ). También hubo asociación entre ser objeto de violencia física durante el embarazo y una actitud violenta hacia los hijos, bajo un escenario hipotético de rebeldía por parte de los mismos. **Conclusiones.** Un hallazgo importante es la asociación entre problemas obstétricos durante el embarazo y la violencia física.

Palabras clave: violencia; violencia doméstica; embarazo; atención prenatal; México

Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-De Jesús L, Andersson N. Violence during pregnancy: A population based study in Ometepec, Guerrero, Mexico. *Salud Publica Mex* 2005;47:335-341.

## Abstract

**Objective.** The occurrence of physical abuse during pregnancy, identifying associated factors and outcomes for women's health was estimated. **Material and Methods.** A cross-sectional community-based study in Ometepec in the Mexican state of Guerrero identified women who reported at least one pregnancy in the three years prior to the survey. These completed a questionnaire administered by a female nurse. **Results.** Out of 2 389 women in Ometepec, 709 were eligible to complete the questionnaire. Among those interviewed without being present their partners/husbands, 21% reported a history of physical abuse and 5.6% reported physical abuse during the last pregnancy. There was a strong association between physical abuse in pregnancy and the report of vaginal bleeding. This suggests that physical abuse might be linked to miscarriage ( $p=0.06$ ). We found little recognition of physical abuse as cause of obstetrical problems. There was also an association between physical violence during pregnancy and the admission of violent reactions against children, based on a hypothetical scenario of disobedience. **Conclusions.** This study identified important associations between obstetrical problems and physical violence.

Key words: violence; pregnancy; domestic violence; prenatal care; Mexico

(1) Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero.

(2) Escuela de Enfermería No. 3, Universidad Autónoma de Guerrero

Fecha de recibido: 25 de junio de 2004 • Fecha de aprobado: 3 de septiembre de 2005

Solicitud de sobretiros: M. en C. Sergio Paredes Solís, Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Domicilio: Av. Pino s/n, colonia El Roble, 39640 Acapulco, Guerrero, México.  
Correo electrónico: srgprds@cs.com

Aunque no todos los países tienen estadísticas sobre la ocurrencia de este problema, se reconoce que la violencia física contra la mujer es un problema mundial de salud pública.<sup>1</sup> En México, por ejemplo, la encuesta realizada a usuarias de los servicios asistenciales de Guadalajara, encontró que 57 y 44% de las mujeres del área urbana y rural, respectivamente, recibieron maltrato físico o emocional por parte de sus familiares.<sup>2</sup>

La violencia física durante el embarazo, ocasionada por esposos o familiares, también tiene una ocurrencia alta. Berenson reportó una ocurrencia de 7.2% en una cohorte de 512 mujeres usuarias de servicios prenatales.<sup>3</sup> Stewart encontró que 6.6% de 548 pacientes de diversas clínicas prenatales de Toronto, Canadá, tuvieron historia de agresión física durante el embarazo.<sup>4</sup> En Saskatoon, Canadá, Muhajarine reportó este tipo de violencia en 4.5% de las mujeres usuarias del servicio de atención prenatal.<sup>5</sup> Una encuesta por correo y teléfono, dirigida por Martin en mujeres con parto reciente ( $n=2\ 648$ ) con residencia en Carolina del Norte, Estados Unidos de América (EUA), reportó una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 6.1%.<sup>6</sup> En México, Alvarado-Zaldivar en 1998 halló que 13% de las mujeres, de una muestra representativa de la ciudad de Durango, recibieron golpes durante el embarazo.<sup>7</sup> En otro estudio realizado en el Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos,<sup>8</sup> se encuestó a mujeres en un lapso no mayor a 24 horas después del parto, y se registró que la violencia física durante el embarazo se presentó en 13.6% de las pacientes. La estimación de la ocurrencia de este problema en la embarazada tendrá diferentes valores, dependiendo del instrumento de medición y el contexto en donde se desarrolla la investigación.<sup>9</sup> Aplicar un cuestionario sobre violencia doméstica, en la casa de la mujer o en el hospital, tiene implicaciones en la medición del evento. La revisión de estudios por Gazmararian<sup>10</sup> encontró una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 0.9 a 20%.

Muhajarine describió los factores de riesgo asociados a la violencia física contra la embarazada: pertenecer a un grupo étnico, alcoholismo del compañero, experiencia de eventos negativos en los 12 últimos meses y percepción elevada de estrés.<sup>5</sup> Basado en análisis multivariado de riesgo de violencia física en el embarazo, Stewart definió las características de las mujeres golpeadas durante la gestación con tres factores de riesgo: inestabilidad social (mujeres jóvenes, no casadas, nivel educativo bajo, desempleadas y con embarazo no planeado), estilo de vida no saludable (dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas ilegales y desórdenes emocionales) y problemas de salud (males físicos de salud y uso de drogas prescritas).<sup>4</sup> Se

ha documentado una fuerte asociación entre ser golpeada antes del embarazo y el riesgo de serlo durante la gestación.<sup>4,6</sup> Otro factor de riesgo identificado para ser víctima de violencia doméstica, es el antecedente de ser testigo de violencia entre sus padres durante su niñez.<sup>7,11,12</sup> La falta de control prenatal, en el estudio de Valdez-Santiago, fue diferente entre las mujeres no maltratadas (33%) y las mujeres maltratadas (59%).<sup>8</sup> Webster documentó que las redes de apoyo de la mujer maltratada durante el embarazo son más débiles que en las no maltratadas.<sup>13</sup>

Pocos estudios sobre violencia física en la embarazada se han realizado a nivel comunitario. Predominan las investigaciones realizadas en los servicios de obstetricia en los hospitales o consulta prenatal en las unidades de salud.<sup>10</sup> Este trabajo tiene el objetivo de reportar los resultados de un estudio exploratorio sobre la ocurrencia de la violencia física intrafamiliar contra la embarazada, los factores de riesgo asociados y la percepción de daños a la salud, en un estudio con base poblacional.

## Material y métodos

Ometepec se ubica en la Costa Chica de Guerrero, una de las regiones más pobres de México. Es la principal localidad del municipio del mismo nombre. La ciudad más importante de la zona, Acapulco, se encuentra a cinco horas de viaje en autobús. Sus principales actividades económicas son la agricultura y la ganadería. Se estima que Ometepec tiene 11 500 habitantes; la mayoría es población mestiza, pero hay grupos indígenas, principalmente amuzgos y mixtecos. Existen tres clínicas, un hospital general del gobierno estatal y algunas clínicas privadas.

Se realizó un estudio transversal en mayo de 2001; consistió en entrevistar a todas las mujeres en edad fértil de la localidad. Se invitó a participar en la encuesta a cada mujer que había tenido al menos un embarazo en los tres años previos.

Las encuestadoras fueron alumnas del Curso de Nivelación de la Escuela de Enfermería No. 3 de Ometepec, que son trabajadoras de los servicios de salud en la región y realizan estudios complementarios para alcanzar el grado de licenciatura en enfermería. El rango de edad de las encuestadoras fue de 26 a 50 años. Como parte de la capacitación para el levantamiento de la encuesta, se impartieron dos talleres sobre género y violencia doméstica. El entrenamiento incluyó la manera de hacer una entrevista en el caso de violencia doméstica y saber orientar a la mujer víctima de maltrato.

En la aprobación por el comité de ética del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET)

se hizo énfasis en las siguientes consideraciones: que las entrevistadoras fueran mujeres, contar con consentimiento informado y ofrecer garantía de la confidencialidad de la información en todas las entrevistas, respetar la decisión de la mujer a no participar en el estudio y a no contestar cualquier pregunta que no deseara, así como la obligación de proporcionar orientación sobre violencia física, en caso de ser solicitada.

Se recolectaron datos generales de la mujer como: edad, escolaridad, trabajo remunerado y grupo étnico. El grupo étnico se clasificó de acuerdo con la lengua que refirió hablar. Se le preguntó el número de embarazos y partos tenidos, uso de métodos de planificación familiar y cobertura de seguridad social. Del último embarazo se le interrogó sobre: la asistencia a control prenatal y el número de consultas; su percepción de alimentarse en mayor cantidad que lo habitual y la ingesta de hierro y vitaminas; consumo de alcohol y tabaco; enfermedades durante el embarazo; presencia de sangrados transvaginales durante el embarazo; amenaza de aborto y parto prematuro. En relación con la pareja se preguntó por la convivencia con su marido, su escolaridad y el hábito de consumo de alcohol. Se indagó sobre la percepción del cuidado recibido por su pareja y familia en el último embarazo. La percepción del cuidado fue clasificada en una escala de cinco valores: muy malo, malo, ni bueno ni malo, bueno y muy bueno.

Se preguntó por agresión física directa de cualquier miembro de la familia durante el último embarazo. La definición operativa de violencia física en el embarazo fue la mujer que respondió afirmativamente a la pregunta: "¿Fue golpeada intencionalmente por alguien de su familia durante el último embarazo?" Se preguntó también por el tipo de familiar agresor, el número de veces que la golpeó durante el embarazo y la región corporal donde hubo recibido los golpes. Se interrogó por la percepción de menosprecio y humillación de la que hubiera sido objeto en el último embarazo; por información sobre la atención del parto, lugar y personal que atendió el parto, incluyendo el peso y la percepción del tamaño del producto al nacer, y la presencia de problemas durante el parto o alumbramiento. Finalmente, se preguntó sobre la actitud de la mujer hacia sus hijos bajo tres escenarios: si no quisieran comer, hicieran rabieta o no la obedecieran. La encuestadora registró si la pareja de la mujer se mantuvo presente durante la entrevista.

Para la captura de datos y el análisis se usó el paquete estadístico Epi-Info.<sup>14</sup> Se utilizó el procedimiento de Mantel-Haenszel<sup>15</sup> para la estimación de riesgo y la identificación de distractores (*confounders*) y modi-

ficadores de efecto, y se calcularon los intervalos de confianza de Cornfield al 95%.<sup>14</sup> Se usó la prueba de ji cuadrada de Woolf para la evaluación de la heterogeneidad entre los estratos de análisis. Los modelos de causalidad multifactorial fueron hechos con métodos convencionales de regresión logística utilizando el programa de dominio público CIETmap.<sup>16</sup> Se inició con un modelo multifactorial saturado, eliminando asociaciones, una por una, usando el criterio de menor significancia estadística hasta que quedaron solamente los factores asociados con un nivel de confianza de 95%.

## Resultados

Se visitaron 1 934 viviendas, en las cuales se contabilizaron a 2 655 mujeres de entre 15 y 49 años de edad en todo el pueblo de Ometepec. De estas mujeres, 9% (249/2 655) no estuvo en su casa en el momento de la encuesta; 15 mujeres no aceptaron la entrevista y en dos casos el esposo no la permitió. De las 2 389 mujeres restantes, 30% tuvo al menos un embarazo en los tres años previos a la encuesta ( $n=709$ ). Se encuestó a 74% (524/709) de las mujeres sin la presencia del esposo, y en 26% de las entrevistas estuvo presente parcialmente o en toda la encuesta. Ninguna mujer solicitó orientación por el problema de violencia física.

Una de cada cuatro mujeres era indígena (180/695) y 14% (98/706) informó ser analfabeta; 30% (211/694) reportó trabajo remunerado. El 88% (610/706) estaba viviendo con su pareja y 64% (455/668) de las mujeres notificó antecedente de consumo de alcohol de la pareja. El 28% (196/698) reportó haberse embarazado cuatro veces o más. El 81% (572/703) tuvo control prenatal en el último embarazo, y 15% (111/703) dijo estar embarazada. El 19% de los partos se atendió en el domicilio de la mujer (110/571); 13% de los partos (75/571) fue asistido por partera, 1% (9/571) por familiares y en 1% de los casos (6/571) el parto fue sin asistencia.

De las 709 mujeres entrevistadas, 18% (128/708) refirió ser golpeada cuando no está embarazada. Sin embargo, esta cifra fue diferente dependiendo de si la pareja estuvo presente durante la entrevista. Cuando la mujer estuvo sola, 21% (109/523) declaró ser víctima de violencia física, y 10% (19/184) en los casos donde la pareja presenció el interrogatorio. Una mujer que se entrevistó sin la presencia de su pareja tuvo dos veces la probabilidad de notificar la violencia física, comparada con otra cuyo esposo estuvo presente ( $RM=2.29$ ;  $IC95\%$  1.3-4.0; 109/523 vs. . 19/184).

Entre las mujeres que informaron ser golpeadas cuando no estaban embarazadas, 22% (28/128) dijo recibir golpes durante su embarazo, mientras que las mu-

eres que no habían sido golpeadas, sólo 2% (12/554) declaró maltrato físico en el último embarazo. Hubo una asociación fuerte entre el antecedente de ser golpeada cuando no está embarazada y serlo durante el embarazo ( $RM=12.7$ ;  $IC95\%$  5.9-27.6; 28/128 vs. 12/554). Cuarenta de las 709 mujeres entrevistadas (5.6%) mencionaron que fueron golpeadas por alguien de su familia durante el embarazo. No dieron respuesta a esta pregunta 26 mujeres (4%). Cuando la mujer estuvo sola, 6% (33/512) mencionó la violencia física; cuando la pareja estuvo presente en el interrogatorio el porcentaje fue de 4% (7/171). Este resultado sugiere subregistro de la violencia en presencia del esposo; sin embargo, el tamaño del estudio fue insuficiente para detectar diferencia estadísticamente significativa ( $RM=1.61$ ;  $IC95\%$  0.66-4.1; 33/512 vs. 7/171).

De los factores asociados a violencia física contra la embarazada, sólo cuatro quedaron en el modelo de regresión logística. En orden decreciente de la fuerza de asociación, los factores fueron: edad menor de 30 años, antecedente de consumo de alcohol de la pareja, tener tres embarazos o más y ser indígena. El modelo final y la estimación del efecto, tomando en cuenta los demás factores, se presenta en el cuadro I.

Recordando que sólo se preguntó sobre la violencia física intrafamiliar intencional, de las 40 mujeres que notificaron golpes, el agresor señalado fue el esposo 75% de las veces (30/40), los padres o suegros en 15% de los casos (6/40), los hermanos del esposo en 5% (2/40), y en 5% (2/40) de los casos no mencionaron quién fue el agresor. El 30% (12/40) reportó que fueron golpeadas en todo el cuerpo, 23% (9/40) en la cabeza o cara, 23% (9/40) en la espalda, 13% (5/40) en el abdomen, 10% (4/40) en la cadera y 2% (1/40) en los brazos. Una tercera parte de las mujeres (13/40) refirieron haber sido golpeadas una sola vez, 18% (7/40) dijo que en dos ocasiones, y casi la mitad (18/40) fueron golpeadas tres o más veces; dos mujeres no contestaron esta pregunta (5%). El sentimiento de humillación y menosprecio fue percibido por 10 y 13% de las embarazadas, respectivamente. Hubo una fuerte asociación entre ser golpeada durante el embarazo y sentirse menospreciada ( $RM=13.2$ ,  $IC 95\%$  5.6-32.2; 27/620 vs. 20/32).

El 16% de las mujeres (115/709) reportó sangrado transvaginal durante el embarazo; se encontró asociación entre haber sido golpeada y este tipo de sangrado ( $RM=2.21$ ;  $IC95\%$  1.02-4.8; 28/554 vs. 12/113). Las principales causas percibidas como causantes del sangrado transvaginal fueron: trabajo pesado 24% (28/115), embarazo de alto riesgo o amenaza de aborto 19% (22/115), accidentes 13% (15/115), debilidad 6% (7/115), corajes 3% (4/115) e infecciones 9% (4/115). Hubo 29% (33/115)

que no supo a qué atribuirlo y sólo dos mujeres relacionaron el sangrado con los golpes.

Una de cada cinco mujeres (142/709) dijo que estuvo en peligro de perder su embarazo. La pérdida ocurrió en 13% de los casos (19/142), misma que se atribuyó a las siguientes causas: trabajo pesado en cuatro casos, golpes en dos casos, en otros seis casos la mujer no pudo definir alguna causa. Una vez fue mencionado accidente, infección, coraje, problema de matriz, picadura de alacrán, debilidad, tratamiento mal indicado y malformaciones congénitas. En 17 casos la interrupción del embarazo ocurrió entre el primero y el sexto mes de gestación; en otros dos casos la mujer no recordó cuándo ocurrió. El tamaño de la muestra fue insuficiente para una consideración profunda de la relación entre violencia física y pérdida del embarazo ( $RM=4.1$ ;  $IC90\%$  1.42-11.9; 12/275 vs. 3/19).

De las mujeres con embarazo concluido, 15% (83/537) declaró que el parto se adelantó al tiempo esperado y 85% consideró que llegó a término en el tiempo previsto. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre violencia física y la percepción del parto antes del tiempo esperado, únicamente en las mujeres indígenas ( $RM=7.79$ ;  $IC95\%$  1.9-32.4,  $\chi^2$  het 6.14, 1 gl,  $p$  0.01; 7/116 vs. 6/18).

El 60% de las mujeres (428/709) reportó sentirse bien cuidada por su familia durante el último embarazo. El análisis de regresión logística mostró cuatro factores asociados independientes a la percepción de estar bien cuidada en el último embarazo. En orden decreciente de la fuerza de asociación, los factores fueron: vivir con su pareja, no ser víctima de violencia física, tener tres años o más de educación y haber tenido control prenatal durante el embarazo. El modelo final y la estimación del efecto, tomando en cuenta los demás factores, se presenta en el cuadro II.

Bajo el escenario de que el(la) hijo(a) no quisiera comer, la reacción de la madre sería la siguiente: insistir con calma 40% (210/527), ninguna reacción 34% (180/527), llevarlo a curar 12% (63/527), regañarlo o castigarlo 8% (45/527) y golpearlo 5% (25/527). Se encontró asociación entre sentirse bien cuidada durante el embarazo y reacción no agresiva de la madre si el(la) hijo(a) no quisiera comer ( $RM=2.65$ ;  $IC95\%$  1.5-4.7; 142/396 vs. 40/67). La reacción de la madre si su hijo(a) hiciera rabietas sería: ninguna 29% (150/520), calmarlo 20% (106/520), golpearlo 30% (158) y regañarlo o castigarlo 20% (106/520). Lo que haría la madre si el(la) hijo(a) no quisiera obedecer sería: nada 32% (156/493), hablar con él 12% (57/493), golpearlo 32% (158/493), y regañarlo o castigarlo 24% (122/493). Hubo asociación entre ser golpeada en el último embarazo y la reac-

**Cuadro I**  
**MODELO FINAL DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FÍSICA**  
**INTRAFAMILIAR CONTRA LA EMBARAZADA. OMETEPEC, MÉXICO, ABRIL DE 2001**

Factor	Razón de momios cruda	Razón de momios no sesgada	Intervalo de confianza al 95% de la razón de momios no sesgada	Resumen de $\chi^2$ de Mantel-Haenszel
Edad de la mujer menor a 30 años	3.25	5.76	1.94-17.09	9.96
Consumo de alcohol por la pareja	3.66	3.64	1.32-10.00	6.25
Tres o más embarazos	2.57	2.88	1.48-5.61	9.68
Hablar lengua indígena	2.32	2.04	1.02-4.10	4.02

**Cuadro II**  
**MODELO FINAL DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN**  
**DE SER CUIDADA DURANTE EL EMBARAZO. OMETEPEC, MÉXICO, ABRIL DE 2001**

Factor	Razón de momios cruda	Razón de momios no sesgada	Intervalo de confianza al 95% de la razón de momios no sesgada	Resumen de $\chi^2$ de Mantel-Haenszel
Vivir con su pareja	3.47	3.27	1.91-5.58	18.83
Ausencia de violencia física	3.63	3.17	1.51-6.68	18.15
Años de escolaridad	2.49	2.18	1.52-3.11	9.68
Asistencia a control prenatal	2.16	1.57	1.0-2.46	3.92

ción violenta por parte de la madre cuando el(la) hijo(a) no quiere obedecer ( $RM=3.03$ ;  $IC95\%$  1.13-8.6; 22/277 vs. 6/217).

## Discusión

Este estudio exploratorio trató de medir la ocurrencia de la violencia física intrafamiliar durante el embarazo, en el ámbito de la comunidad, ya que no todas las mujeres usan los servicios de salud. Considerando que se preguntó acerca de violencia física intrafamiliar, el presente estudio permite la estimación del subregistro que provoca la presencia del esposo durante la entrevista. La ocurrencia de violencia física intrafamiliar fue de 4% cuando la pareja estuvo presente en el interrogatorio, la cual se incrementó a 6% en ausencia del compañero. Siendo la pareja el principal agresor intrafamiliar de las mujeres, se esperaba que su presencia durante la entrevista sea una presión en la mujer para no reportar la violencia. Se encontró que el agresor es un familiar, diferente al esposo, en uno de cada cinco casos de violencia física a la embarazada. No se contempló el registro de la presencia de otros familiares durante el interrogatorio que pudieran ejercer una presión

sobre la encuestada, similar a la del esposo, y contribuir aún más al subregistro de casos. Una investigación reciente en Pakistán ha hecho abordajes metodológicos tratando de eliminar el subregistro por la presencia de otras personas durante la encuesta.<sup>17</sup>

La ocurrencia de violencia física contra la embarazada (5.6%) se encontró cercana a la informada en estudios realizados en otros países.<sup>3-6</sup> Sin embargo, hay diferencia importante con la cifra encontrada por Alvarado-Zaldívar en la ciudad de Durango (13%). Esto pudiera indicar diferencia en la percepción y el subregistro de la violencia física por parte de la población estudiada, que tiene marcadas características rurales. Diversos estudios demuestran que hay menor proporción de mujeres que notifican la violencia doméstica en el área rural, y es posible que el mismo fenómeno se presente en las mujeres embarazadas. En Jalisco, México, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de maltrato físico entre las mujeres del área urbana (57%) y rural (44%).<sup>2</sup> Lown, en 2001, encontró que la proporción de mujeres mexicano-americanas víctimas de violencia física en el área urbana fue de 13.2%, mientras que en el área rural fue de 5.8%.<sup>18</sup> En otra investigación, comparando mujeres

afroamericanas y blancas de las áreas urbana y rural, también se encontró una mayor proporción de mujeres que reportaron violencia física en el área urbana (afroamericanas 39%, blancas 50%) que en el área rural (afroamericanas 30%, blancas 43%).<sup>19</sup>

En este estudio se encontró, al igual que en otras investigaciones, una fuerte asociación entre la violencia física cuando la mujer no está embarazada y durante el embarazo.<sup>4,6</sup> Aunque la proporción de casos donde el maltrato se inició durante el embarazo fue de 2%, cifra que contrasta con la de 14% notificada por Valdez-Santiago,<sup>8</sup> esto pudiera indicar que en Ometepc tales agresiones físicas se incrementan poco a consecuencia del embarazo.

Una investigación en Canadá también encontró mayor riesgo de violencia física en las mujeres indígenas.<sup>5</sup> Por lo observado en Ometepc, ser indígena está asociado con el maltrato físico durante el embarazo; sin embargo, el tamaño del estudio impidió tener una conclusión sobre la diferencia entre los grupos amuzgo y mixteco residentes en esta región. Los otros factores que se mantuvieron en el modelo de causalidad multifactorial (cuadro I), reflejan hechos comunes en la población de las zonas pobres de México: consumo de alcohol de los hombres, vida marital a edad temprana y multiparidad.

La violencia física en la mujer embarazada tiene consecuencias directas sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales y maternas. Webster, en 1996, dio seguimiento a 1 014 mujeres que respondieron un cuestionario sobre violencia durante su embarazo; encontró mayor incidencia de abortos, embarazos interrumpidos y muerte fetal en víctimas de violencia.<sup>13</sup> El bajo peso al nacer del producto es otra complicación documentada como consecuencia de la violencia física a la embarazada.<sup>8,20</sup> Respecto a daños en la salud de la mujer, como consecuencia de golpes, encontramos asociación entre maltrato físico y sangrado transvaginal durante el embarazo, así como entre violencia física y parto antes del tiempo esperado, aunque este efecto sólo se encontró en mujeres indígenas. Es posible que los daños obstétricos se presenten según la intensidad de la violencia. Klevens encontró que 13% de las víctimas de violencia doméstica son agredidas gravemente;<sup>21</sup> en la presente investigación no preguntamos sobre la severidad de los golpes. Más allá de la relación entre la violencia física y las consecuencias ginecobstétricas que esta última conlleva, es importante resaltar que las mujeres no apreciaron la violencia física como la principal causa de ese daño.

En nuestro estudio no se preguntó sobre la percepción de las mujeres respecto a las causas de la violencia física, ni sobre qué actitudes consideran como

violencia. El punto de vista de la mujer sobre lo que es violento es más amplio que lo notificado en la literatura.<sup>22</sup> Los estudios acerca de la violencia física contra la embarazada han recogido información proveniente de la mujer, o bien, datos de su pareja proporcionados por la mujer. En este sentido, información proveniente de hombres, con sus puntos de vista de por qué algunos ejercen la violencia, complementaría y daría una óptica adicional. Por ejemplo, en un estudio realizado por Andersson en Sudáfrica,<sup>23</sup> 40% de 2 007 hombres entrevistados contestó que es correcto maltratar a la esposa, aunque 98% de ellos pensó que el hombre y la mujer deben sentarse a discutir sus diferencias. Se conoce que el hombre violento fue más expuesto a la violencia doméstica que el hombre no violento.<sup>11,12</sup>

La violencia física contra la mujer generalmente va acompañada de violencia emocional y sexual.<sup>2,4,7,10</sup> Este estudio únicamente preguntó por la percepción del sentimiento de humillación y menosprecio, y encontró una asociación significativa con la violencia física durante el embarazo; sin embargo, no permitió evaluar completamente el papel de la violencia emocional en las embarazadas y sus consecuencias. Por otro lado, la falta de información sobre la ocurrencia de violencia sexual es una limitante de este artículo, principalmente por no poder medir la interacción que esta última pueda tener en los daños a la salud de las embarazadas.

La percepción de sentirse cuidada durante el embarazo incluyó tener control prenatal, hecho que tiene relevancia para los servicios de salud. Se ha documentado que el control prenatal es una estrategia de salud pública útil para la identificación de casos y, potencial prevención de la violencia doméstica contra la embarazada.<sup>24</sup> Un artículo sobre violencia doméstica, entre pacientes de consulta externa concluyó que las mujeres golpeadas visitan con más frecuencia al médico familiar.<sup>25</sup> Aunque en el presente estudio se encontró 80% de cobertura de control prenatal en instituciones de salud, es muy probable que haya mujeres que busquen atención con parteras tradicionales; así lo indica el hecho de que la mayoría de los partos atendidos en la casa fueron asistidos por una partera. En este estudio no se hicieron preguntas sobre la práctica de control prenatal con la partera, ni sobre su efecto en el maltrato físico. Con base en que el contacto de la partera con mujeres maltratadas es rutinario, recientemente Valdez-Santiago ha propuesto incluir a las parteras tradicionales en los programas de salud contra la violencia intrafamiliar.<sup>26</sup>

Aquí se ha presentado la asociación entre el hecho de ser golpeada durante el embarazo y la reacción agresiva hacia los hijos si se negaran a obedecer a la madre. Si bien se planteó como un escenario hipotético

co, en la vida diaria es muy probable que así suceda, contribuyendo al círculo de la violencia doméstica. Estos resultados sugieren que la mujer que sufre de violencia física durante el embarazo, es potencialmente una madre golpeadora.

El protocolo de atención y asesoría multidisciplinaria –ofreciendo trato digno, seguridad y comprensión a la mujer víctima de violencia física– son la principal intervención de los servicios de salud para enfrentar este problema.<sup>12, 27, 28</sup>

## Agradecimientos

El presente estudio es producto del módulo de investigación del Curso de Nivelación de la Licenciatura en Enfermería, impartido por la Escuela de Enfermería No. 3 de Ometepec y el Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, ambos de la Universidad Autónoma de Guerrero. Nuestra gratitud al maestro José Legorreta Soberanis por sus observaciones y comentarios.

## Referencias

1. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: OMS/OPS, 1998.
2. Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993;35:148-160.
3. Berenson BA, Wiemann MC, Wilkinson SG, Jones AW, Andersson DG. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(6):1760-1769.
4. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J* 1993;149(9):1257-1263.
5. Muhjarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *Can Med Assoc J* 1999;160(7):1007-1011.
6. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during and after pregnancy. *JAMA* 2001;285(12):1581-1584.
7. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex* 1998;40:481-486.
8. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-362.
9. Ballard TJ, Saltzman LE, Gazmarian JA, Spitz AM, Lazorick S, Marks JS. Violence during pregnancy: Measurement issues. *Am J Public Health* 1998;88(2):274-276.
10. Gazmarian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996;275(24):1915-1920.
11. Sisley A, Jacobs L, Poole G, Cambell S, Esposito T. Violence in America: A public health crisis-domestic violence. *J Trauma* 1999;46(6):1105-1112.
12. Lamberg L. Domestic violence: What to ask, what to do. *JAMA* 2000;284(5):554-556.
13. Webster J, Chandler J, Battistutta D. Pregnancy outcomes and health care use: Effects of abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(2):760-767.
14. Dean AG, Dean JA, Burton A, Dicker R. Epi Info, version 6.04. A Word processing, database, and statistics system for epidemiology with microcomputers. Georgia: Division of Surveillance and Epidemiology, Epidemiology Program Office, Centers for Disease Control, 2001.
15. Andersson N. La estimación de riesgo. *Prioridades de Salud CIET* 1990;1(2):57-66.
16. Andersson N, Mitchell S. CIETmap: Free GIS and epidemiology software from the CIET group, helping to build the community voice into planning. *World Congress of Epidemiology*; Ago 2002; Montreal, Canada.
17. Mhatre S, Andersson N, Ansari N, Omer K. Access to justice for women of Karachi. A pilot assessment. *CIET Canada*, 2002.
18. Lown EA, Vega WA. Prevalence and predictors of physical partner abuse among Mexican American women. *Am J Public Health* 2001;91(3):441-445.
19. Wegner JP, Mongan P, Hamrick D, Hendrick KL. Experience of abuse in primary care patients: Racial and rural differences. *Arch Fam Med* 1995;4(11):956-962.
20. Murphy CC, Schei B, Myhr T, Mont JD. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Can Med Assoc J* 2001;164(11):1567-1572.
21. Klevens J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. *Rev Panam Salud Publica* 2001;9(2):78-83.
22. Wagner PJ, Mongan PF. Validating the concept of abuse: Women's perception of defining behaviors and the effects of emotional abuse on health indicators. *Arch Fam Med* 1998;7(1):25-29.
23. CIET International. Beyond victims and villains: The culture of sexual violence in South Johannesburg. [monografía en internet]. Johannesburg: CIET International, 2003 [consultado 2004 marzo 12]. Disponible en: [http://www.ciet.org/www/image/country/safrica\\_victims.html](http://www.ciet.org/www/image/country/safrica_victims.html)
24. Mayer L, Liebschutz J. Domestic violence in the pregnant patient: Obstetric and behavioral interventions. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53(10):627-635.
25. Elliot AB, Johnson M. Domestic violence in a primary care setting: Patterns and prevalence. *Arch Fam Med* 1995;4(2):113-119.
26. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Publica Mex* 2004;46:56-63.
27. Gerard M. Domestic violence: How to screen & intervene. *RN* 2000;63(12):52-58.
28. Ashur CML. Asking about domestic violence: SAFE questions. *JAMA* 1993;269(18):2367.