

Violencia Doméstica según la percepción de la mujer*

Dr. Douglas Tomas Romero Bello¹, Dra. Mireya González Blanco².

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de violencia doméstica en las pacientes que acuden al Servicio de Ginecología de la "Maternidad Concepción Palacios", durante el lapso enero 2013 y agosto 2013.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, analítico, de corte transversal, que incluyó 346 pacientes seleccionadas al azar, se aplicó, previo consentimiento informado, una encuesta anónima.

Resultados: Ciento cincuenta mujeres reportaron violencia doméstica (43,4 %). Prevalció la violencia psicológica (91,3 %), luego la física (50 %) y finalmente, la sexual (19,3 %). Las mujeres afectadas por violencia psicológica tenían un nivel de instrucción superior (35,8 %) y aquellas sometidas a violencia sexual eran mayores (40 ± 15 años) y tenían un grado de instrucción medio (48,3 %). El estado civil, el número de hermanos, la edad de la menarquia, la edad de inicio de la actividad sexual y el estrato socioeconómico, no afectaron al tipo de violencia recibida. Los factores de riesgo asociados a la violencia en forma significativa son: una mayor edad (34 ± 10 contra 31 ± 11) ($P=0,005$), inicio de actividad sexual antes de los 18 años ($P=0,019$) y el tener tres o más parejas sexuales ($P=0,000$). A pesar que solo 30 % conoce organismos para denunciar, 81,3 % han realizados las denuncias pertinentes, pero obtuvieron respuesta solo en 24 % de los casos.

Conclusiones: La frecuencia de violencia doméstica fue de 43,4 %. El orden de frecuencia fue: psicológica, física y sexual

Palabras clave: Violencia Doméstica, Física, Psicológica y Sexual, Consulta Ginecológica.

SUMMARY

Objective: To determine the frequency of domestic violence in patients attending the Gynecology Service of the "Maternidad Concepción Palacios" during the period January to August 2013.

Methods: We conducted a prospective, descriptive, analytical study of cross section, which included 346 patients randomly selected, was applied, prior informed consent, an anonymous survey.

Results: 150 women reported domestic violence (43.4%). Prevalled (91.3%) psychological violence, then physics (50%) and finally, the sexual (19.3%). Psychological violence-affected women had a level of superior instruction (35.8%) and those subjected to sexual violence were older (40 ± 15 years) and had a medium degree of instruction (48.3%). Marital status, the number of siblings, the age of menarche, the age of onset of sexual activity and socioeconomic level, did not affect the type of violence received. The risk factors associated to the violence significantly are: older age (34 ± 10 against 31 ± 11) ($P = 0, 005$), onset of sexual activity before age 18 ($P = 0, 019$) and having three or more sexual partners ($P = 0, 000$). Despite the fact that only 30% know reporting agencies, 81.3% have made the relevant reports, but obtained response only in 24% of cases.

Conclusions: The frequency of domestic violence was 43.4%. It was the order of frequency: psychological, physical and sexual.

Keywords: Domestic Violence, Physical, Psychological and Sexual, Gynecology's Consultation.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género y en particular aquella ejercida contra la mujer es un problema multifactorial muy propio de estructuras sociales y culturales de orden patriarcal en las cuales impera el dominio masculino, incluso por la fuerza y se presentan desequilibrios en lo relativo a la igualdad y equidad entre mujeres y hombres (1, 2).

¹Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología, Especialista en Medicina Materno Fetal, adjunto del Servicio de Sala de Parto de la Maternidad Concepción Palacios. ²Médico Especialista, jefa del Servicio de Ginecología y directora del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, con sede en Maternidad Concepción Palacios.

*Trabajo Especial de Grado presentado y aprobado para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología en la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Coordinación de Estudios de Posgrado.

La violencia ha estado presente en toda la historia de la humanidad, pero solamente se comenzó a considerar un problema colectivo desde hace aproximadamente tres décadas. En 1993, las Naciones Unidas adoptaron la primera definición internacional de violencia en contra de la mujer la cual incluye cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vía pública como en la privada (1). Esta definición incluye la violencia doméstica (VD) ya sea de tipo físico y psicológico, la mayoría de las veces perpetrada por la pareja y es una de las formas más frecuentes de la violencia ejercida contra la mujer, aunada a la violencia sexual, hace parte de aquellas expresiones de sometimiento que por presentarse en el ámbito privado son, con frecuencia, invisibles para la sociedad (1, 2).

Sin duda, el campo de la salud de la mujer representa un contexto de especial importancia para la detección de la violencia doméstica y sexual, por lo que el compromiso de los profesionales de la ginecología y obstetricia en detectar y prevenir la violencia contra la mujer, es cada vez mayor en el mundo (2).

Las estimaciones basadas en la población demuestran que 32 millones de estadounidenses se ven afectados por violencia del compañero sexual. La prevalencia e incidencia de la violencia del compañero sexual puede medirse en un continuo desde eventos raros, como la muerte, hasta eventos habituales, como los puñetazos, bofetadas e intimidación. También es importante considerar como este fenómeno penetrante afecta la práctica clínica.

Se estima que la prevalencia mundial de maltrato a la mujer oscila entre el 16 % y 30 % (3). López y col. (1), en Colombia, encontraron que el tipo más frecuente de violencia contra la mujer, fue el maltrato psicológico con una prevalencia de 33 %, para la violencia física fue 23 % y la violencia sexual 3,3 %.

La Encuesta Nacional de Victimización (NCVS) (2), estima que, en los Estados Unidos, 467 000

personas al año son víctimas del compañero sexual. La encuesta incluye solo la violencia doméstica denunciada ante las autoridades de la ley y, por lo tanto, probablemente subestima la violencia no denunciada. Utilizando los datos del Sistema Nacional de Reportes de Muertes Violentas (NVDRS) de Estados Unidos en 16 estados, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) estimó que, en 2005, sucedieron 1200 homicidios por VD (2).

En Canadá, 29 % de las mujeres de 18 a 40 años afirman haber sido agredidas físicamente por su compañero actual o anterior, desde los 16 años de edad (3).

En América Latina hay datos de maltrato conyugal, Posada (4) demuestra que, en Chile, 26 % de las mujeres entre 22 a 55 años manifestaron ser víctimas de al menos un episodio de violencia por parte de su compañero y 15 % informaron un episodio de violencia de mayor gravedad. En Nicaragua, la tasa de violencia conyugal asciende a 52 %.

Tavara y col. (5) evidenciaron que, de 298 usuarias de los servicios de atención de salud reproductiva en tres hospitales de Lima, entre mayo y julio de 2002, 61 % de las mujeres entrevistadas aceptó haber sido víctima de algún tipo de violencia, incluyendo violencia emocional (54 %), violencia física (32,2 %), violencia sexual (21,1 %) y violencia sexual en la niñez (19,1 %). La pareja actual o el ex esposo fueron los principales agresores y los familiares cercanos fueron los principales responsables de la agresión sexual en la niñez.

Por su parte Castañeda y col. (6), en 2009, realizaron un estudio que arrojó que la violencia doméstica se reflejó mayoritariamente a través del maltrato de tipo físico (78 %), seguido del maltrato psicológico (12 %), del económico (6 %) y del sexual (4 %). Treinta y nueve por ciento 39 % de las mujeres víctimas de violencia se dedicaba a las labores domésticas (amas de casa), 28 % era comerciante, 12 % laboraba como obrera y las demás, se desempeñaban como empleadas públicas, empleadas domésticas o se dedicaban a labores agrícolas.

Debido a los pocos estudios realizados en el país y al

impacto que, en la población venezolana, ocasionan las distintas formas de violencia tanto en la mujer afectada como en los niños, surge la necesidad evaluar las características de la violencia doméstica en las pacientes que acuden al Servicio de Ginecología de la Maternidad “Concepción Palacios”.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, analítico, de corte transversal, que incluyó una población total de 346 mujeres entrevistadas en la consulta del Servicio de Ginecología. Se excluyeron pacientes con algún tipo de desorden mental que impidiera el libre desarrollo de la entrevista. Las pacientes seleccionadas firmaron un formulario de consentimiento informado. Se realizó una entrevista personal para el llenado de la encuesta por parte del investigador, se evaluó el nivel socio económico mediante la escala de Graffar, modificada (7).

Se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables nominales, en el caso de las variables continuas se calculó su promedio y desviación estándar; los contrastes basados en la variables nominales-nominales se hicieron mediante el uso de la prueba chi-cuadrado, en el caso de las variables nominales-continuas, se hizo la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Los datos se analizaron con la JMP 19. Se consideró un valor significativo de contraste si $P < 0,05$.

RESULTADOS

Entre las 346 mujeres a las cuales se les realizó la encuesta, 150 sufrieron algún tipo de violencia doméstica para una frecuencia de 43,4 % (Gráfico 1).

En el gráfico número 2 se puede observar que el tipo de violencia doméstica dominante es la psicológica con 137 casos, que representa 91,3 %, seguido por la violencia física (50 %) y la violencia sexual (19,3 %).

Entre las características demográficas de las mujeres que reportaron violencia doméstica de tipo sexual y física, se observó que tenían un grado de instrucción medio 48,3 % y 42,7 % respectivamente. Entre las víctimas de violencia psicológica, predominó el

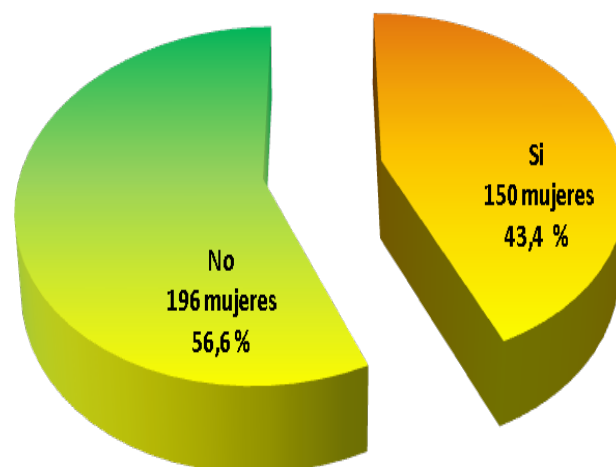


Gráfico 1
Frecuencia de violencia doméstica.

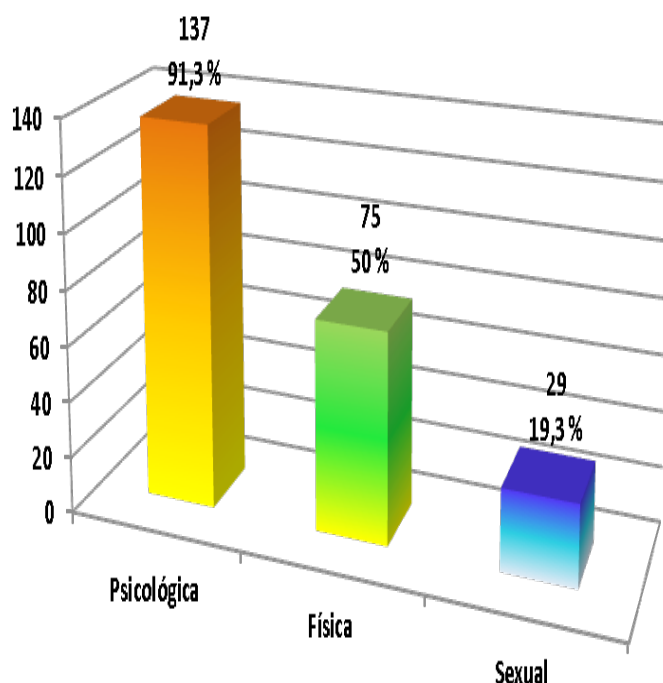


Gráfico 2
Tipos de violencia doméstica.

grado de instrucción superior (49 pacientes, 35,8 %). De acuerdo al estado civil, el mayor índice de violencia doméstica se evidenció en las solteras, con 65 casos para la violencia psicológica (47,4 %), 35 casos para violencia física (46,7 %) y 15 casos para la violencia

sexual (51,7 %). Además, se observó que a mayor número de hermanos mayor fue el porcentaje de mujeres víctimas de violencia doméstica con 123 casos (89,8 %) para violencia psicológica, 69 casos (92 %) de violencia física y 28 casos (96,6 %) para la violencia sexual. La distribución de víctimas de cada tipo de violencia doméstica según el estrato socioeconómico fue mayor en los estratos III y IV (Tabla 1).

Con respecto a los factores clínicos asociados a la violencia doméstica, la edad de menarquia y el inicio de la actividad sexual no tuvieron distinción entre los diferentes tipos de violencia doméstica, sin embargo, la edad promedio de las pacientes víctimas de violencia sexual fue de 40 ± 15 , 35 ± 10 para la violencia

psicológica y 34 ± 10 para la violencia física (Tabla 2).

Con relación a los factores de riesgo, la edad media de las pacientes que refirieron haber sido víctimas de violencia doméstica fue de 34 ± 10 en comparación con las que negaron la misma que fue de 31 ± 11 ($p=0,005$). La edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 17 ± 3 en las mujeres que fueron víctima de violencia doméstica, a diferencia de aquellas que no presentaron la misma que resultó 18 ± 3 ($p=0,019$). Entre las que eran víctimas, 49,3 % tenían 3 o más parejas sexuales, en comparación a las no víctimas, que refirieron este número de parejas en 24,5 %. Entre las mujeres que eran víctimas de violencia, hubo predominio de una pareja (75 mujeres, 38,3 %) ($p=0,000$). La edad de la menarquia, el grado de

Tabla 1
Características demográficas según el tipo de violencia doméstica

Variables	Psicológica (n = 137)		Física (n = 75)		Sexual (n = 29)	
	N	%	N	%	N	%
Grado de instrucción						
Básico	43	31,4	25	33,3	9	31,0
Medio	45	32,8	32	42,7	14	48,3
Superior	49	35,8	18	24,0	6	20,7
Estado civil						
Soltera	65	47,4	35	46,7	15	51,7
Casada	32	23,4	17	22,7	7	24,1
Concubina	35	25,5	20	26,7	5	17,2
Divorciada	5	3,6	3	4,0	2	6,9
Número de hermanos						
Ninguno	3	2,2	2	2,7	0	0,0
Uno	11	8,0	4	5,3	1	3,4
Dos y más	123	89,8	69	92,0	28	96,6
Estrato socioeconómico						
I-II	25	18,2	7	9,3	3	10,3
III-IV	112	81,7	68	90,7	26	89,7

Tabla 2
Factores clínicos asociados según el tipo de violencia

Variables	Psicológica		Física		Sexual	
	N	%	N	%	N	%
Edad paciente (X ± DE)	35 ± 10		34 ± 10		40 ± 15	
Edad de menarquia (X ± DE)	13 ± 2		13 ± 1		13 ± 2	
Inicio de actividad sexual (X ± DE)	17 ± 3		17 ± 2		17 ± 2	

VIOLENCIA DOMÉSTICA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA MUJER

instrucción, el estrato socioeconómico, el número de hermanos y el estado civil no fueron estadísticamente significativos dentro de los factores de riesgo asociados a la presencia de violencia doméstica (Tabla 3).

De las 150 mujeres que sufrieron violencia

doméstica, 30 % conocían los organismos donde efectuar la denuncia, 81,3 % reportaron ante estos organismos ser víctima de violencia doméstica y solo 24,0 % recibieron una respuesta positiva por parte de dichos organismos. Estos resultados fueron estadísticamente significativos (Tabla 4).

Tabla 3
Factores de riesgo asociados a violencia doméstica.

Variables	Violencia		No violencia		P
	N	%	n	%	
N	150		196		-
Edad	34 ± 10		31 ± 11		0,005
Edad de menarquia	13 ± 2		13 ± 2		0,729
Inicio de actividad sexual	17 ± 3		18 ± 3		0,019
Número de parejas sexuales					0,000
Una	26	17,3	75	38,3	
Dos	50	33,3	73	37,2	
Tres	74	49,3	48	24,5	
Grado de instrucción					0,652
Básico	48	32,0	54	27,6	
Medio	51	34,0	73	37,2	
Superior	51	34,0	69	35,2	
Estrato socioeconómico					0,545
I-II	26	17,3	39	19,9	
III-IV	124	82,7	157	80,1	
Número de hermanos					0,231
Ninguno	4	2,7	1	0,5	
Uno	11	7,3	17	8,7	
Dos y más	135	90,0	178	90,8	
Estado civil					0,061
Soltera	72	48,0	75	38,3	
Casada	34	22,7	44	22,4	
Concubina	39	26,0	43	21,9	
Divorciada	5	3,3	2	1,0	
Viuda	0	0,0	2	1,0	

Tabla 4
Información sobre leyes y respuesta de los organismos contra la violencia doméstica.

Variables	Si		p
	n	%	
¿Conoce organismos para denunciar?	45	30,0	0,000
¿Ha reportado o puesto denuncia?	122	81,3	0,000
¿Recibió respuesta de organismos?	36	24,0	0,007

DISCUSIÓN

La violencia contra las mujeres es considerada un problema de salud pública debido a los grandes efectos que tiene sobre su salud. Un número cada vez mayor de estudios que exploran la violencia y la salud informan sistemáticamente sobre sus graves efectos negativos. La verdadera dimensión de dichas consecuencias es muy difícil de evaluar porque las historias médicas generalmente carecen de detalles vitales en cuanto al registro de las causas violentas de las lesiones o la mala salud. No obstante, es evidente que la violencia tiene un impacto negativo directo sobre la misma (8, 9).

En esta investigación se logró identificar una prevalencia de violencia doméstica de 43,4 %, superior a lo reportado por Krug y col. (2) y por la Asamblea General de las Naciones Unidas (3) en 1993 (16 % y 30 %, respectivamente). Esto probablemente se deba a que en los países desarrollados donde se llevaron a cabo estos estudios existen organismos e instituciones bien establecidas que penalizan los actos de VD y por ende los perpetradores de dichos actos se ven limitados a ejecutar los mismos, ante la probabilidad de ser penalizados. Adicionalmente, se debe considerar el hecho de que, en la sociedad venezolana, aun en la actualidad, predominan criterios equivocados que consideran a la mujer como un ser inferior y al hombre como dominante en la relación familiar. Las mujeres en este medio, sobre todo en estratos socioeconómicos bajos, que son la mayoría de las que acuden a la Maternidad Concepción Palacios, son mujeres dependientes económicamente, que aceptan la violencia por temor a perder el sustento de sus hijos.

Algunas situaciones ancladas en la tradición y la cultura de muchas sociedades durante siglos se han relacionado con la violencia específica contra la mujer: las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia infligida a la mujer (10). Los malos tratos a mujeres no están solamente en las graves situaciones que con demasiada frecuencia los medios de comunicación se encargan de dar a conocer con todo detalle. La violencia contra mujeres, en sus aspectos físico, sexual y psíquico, es algo que en la sociedad se ha venido consintiendo en el

marco de una estructura familiar patriarcal, basada en la supuesta superioridad de los hombres sobre las mujeres. La creciente igualdad en los derechos y oportunidades de ambos sexos, puede ser una causa de exacerbación de situaciones de violencia hasta ahora ocultas por el sometimiento de las mujeres (11)

Millones de mujeres en todo el mundo son golpeadas por sus parejas. Es una forma de cumplir con el mandato del código patriarcal que decreta la sumisión de las mujeres al poder de los hombres. Esta violencia se considera un asunto privado en la mayoría de las sociedades; se lleva en secreto y está visto simbólicamente como forma de mantenimiento del orden social. Las formas de la violencia conyugal son muy diversas, yendo desde las formas más insidiosas del maltrato psíquico a las expresiones más brutales de fuerza que causan la muerte. No es fácil saber la incidencia de la violencia conyugal salvo cuando desemboca en crímenes horrendos. Los golpes, las palizas y las violaciones se mantienen fuera de los registros estadísticos públicos, en la mayoría de los casos (12).

Los malos tratos no siempre son agresiones físicas en tanto que su objetivo no es causar una lesión inmediata, sino someter a la persona sobre la que se ejercen. Son muchas las formas bajo las cuales aparecen los malos tratos psíquicos, el abuso emocional, y la violencia física contra las mujeres. En los casos de violencia doméstica, suelen coexistir múltiples formas de maltrato que se refuerzan; la violencia física siempre contiene elementos de violencia emocional, la violencia emocional a menudo va acompañada de amenazas de violencia física, y la violencia sexual está impregnada de violencia emocional y física. La violencia doméstica se manifiesta en agresiones físicas, psíquicas o sexuales que causan daño físico o psicológico y vulneran la libertad de la mujer (12).

En este orden de ideas, en la presente serie se encontró que el tipo de violencia psicológica fue la más frecuente, puesto que 91,3 % de las mujeres encuestadas la refirió. En relación a la violencia física fue reportada por 50 % de las mujeres y la violencia sexual por 19,3 %. López y col. (1), en 2008, reportan una distribución similar. Esta prevalencia de la violencia psicológica sobre el resto puede ser explicada por la falta de evidencia que esta genera en la víctima, por lo que los perpetradores se aprovechan de esto para seguir ejecutando dicha violencia.

Por su parte Castañeda y col. (6) en 2009, realizaron un estudio que arrojó que la violencia doméstica se reflejó mayoritariamente a través del maltrato de tipo físico (78 %), seguido del maltrato psicológico (12 %), del económico (6 %) y del sexual (4 %). Estos autores señalan que el alcance y los efectos de la violencia por razones de género son profundos; sin distinguir cultura, clase o situación, ningún grupo está inmune a su devastación.

La diferente distribución en los tipos de violencia quizá se relacione con las dificultades que tienen algunas personas para identificar los maltratos psicológicos como formas de violencia. Por otro lado, cabe destacar que el maltrato económico se considera también violencia psicológica, por cuanto el temor a perder el apoyo económico genera miedo y una gran dependencia. Además, hay que tener presente que, en muchas ocasiones, todos los tipos de violencia se entremezclan y resulta difícil diferenciarlos.

Los estudios clínicos más recientes, realizados sobre las víctimas de la violencia doméstica, dicen que el maltrato psíquico produce consecuencias tan graves como el físico. La violencia psíquica es toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (12). Se incluyen humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones. Los malos tratos psíquicos causan sufrimiento y son tan dañinos o más que el maltrato físico en cuanto al deterioro de la salud física y mental de la víctima. La gravedad de sus consecuencias físicas y psicológicas, tanto para la víctima como para la familia, hace de la violencia doméstica un importante problema de salud con intensa repercusión social. Entre las principales consecuencias de la VD a nivel psicológico en la víctima, están los trastornos por estrés postraumático, la ansiedad, la depresión, los intentos de suicidio, el abuso del alcohol, las drogas y los psicofármacos, trastornos por somatización, disfunciones sexuales y uso de la violencia con sus propios hijos (10). Detectar esta situación en las pacientes que acuden a la consulta por cualquier causa, permitiría prevenir tales consecuencias, de allí el papel fundamental del médico, y particularmente el ginecólogo, por ser probablemente una de las pocas personas con las que la paciente se siente en libertad de hablar, todo ello porque se sienten protegidas por el

secreto de la relación médico-paciente. Sin embargo, el profesional de la medicina debe guiar su interrogatorio hacia la detección en todos aquellos casos de sospecha y orientar a la mujer respecto a la búsqueda de ayuda.

Algunos comportamientos violentos son evidentes desde el exterior, mientras que otros son difíciles de percibir desde fuera de la relación interpersonal. La agresión psíquica se realiza mediante manipulaciones emocionales que tienen el efecto de reducir la autoestima y la seguridad en sí misma de la mujer. A medio camino entre la violencia física y psíquica están las amenazas y coacciones, a través de las cuales se imponen determinadas conductas de sumisión, obediencia, aislamiento o control. En esta situación también están las actitudes de hostilidad, los reproches y los insultos que, si bien suelen presentarse como agresiones verbales, están muy cercanas a la agresión física. Guiadas por el temor, las mujeres víctimas de la violencia no se atreven a hacer lo que desean y solo buscan evitar el desencadenamiento de la violencia (12).

La violencia física es la forma más evidente del maltrato doméstico. Es la más difícil de ocultar, la que deja secuelas de forma más inmediata y sus víctimas no pueden minimizarla ni excusarla fácilmente. La violencia física no aparece casi nunca sin manifestaciones de desprecio o maltrato psíquico. La combinación de abuso físico y psicológico, que suele darse en la mayoría de los casos, es un problema a la hora de delimitar y hacer visible la violencia doméstica, además de las circunstancias tan complejas que se derivan de la relación tan íntima y permanente del agresor y la víctima (12). Una vez más, el papel del médico es de gran importancia en esta situación en la que, ante cualquier sospecha de violencia contra la mujer, no solo debe orientar y brindar acompañamiento a la mujer en la situación que vive, sino que debe hacer las denuncias pertinentes, obligado por la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (13) que en su artículo 57 señala que el personal de salud que atienda a las mujeres víctimas de hechos de violencia deberá dar aviso a cualesquiera de los organismos indicados en el artículo 71 de la misma, en el término de las veinticuatro horas siguientes, por cualquier medio legalmente reconocido. Este plazo se extenderá a cuarenta y ocho horas, en el caso que no se pueda acceder a alguno de estos órganos por dificultades de comunicación. El incumplimiento de esta obligación se sancionará con multa de cincuenta

a cien unidades tributarias, por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa. Por otro lado, el artículo 70 de la misma Ley señala que, dichos delitos podrán ser denunciados, entre otros, por el personal de salud de instituciones públicas y privadas que tuviere conocimiento de los casos de violencia previstos en la Ley.

La violencia sexual se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión. El maltrato sexual se produce cuando se obliga a la mujer a mantener relaciones sexuales contra su voluntad, o en una forma que ella no quiere, ya sea por la fuerza o mediante coacciones (12). Las consecuencias más importantes de este tipo de violencia, en ocasiones no se pueden separar de las lesiones físicas de las que se acompañan y, según Fernández y col. (10), son lesiones de todo tipo, traumatismos, heridas, quemaduras, relaciones sexuales forzadas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos de riesgo y abortos y hasta la muerte.

Es preciso diferenciar entre causas de la violencia doméstica y los factores que la refuerzan. La violencia doméstica surge a veces relacionada con las drogas, el alcoholismo, el desempleo o los problemas psíquicos de los agresores, y ello hace pensar que estas son las causas. Pero estas formas de marginación social no son más que los factores que la acompañan y pueden ayudar a que se ponga de manifiesto. Las causas de la violencia doméstica son más profundas y están más arraigadas en la cultura de los pueblos. Estos factores no son una causa necesaria para el desarrollo de la VD (12). Ello queda demostrado en la enorme cantidad de casos en que la violencia no va acompañada de los mismos. Por otro lado, hay muchos grupos familiares que presentan tales factores, y en ellos no se detecta VD.

Al evaluar los factores de riesgo, en este estudio se evidenció que, entre las mujeres que reportaron violencia física, más de 75 % cursaban nivel básico o medio y 24 % cursaban educación superior. Similar situación se observó entre aquellas que reportaron violencia sexual (casi 80 % tenían nivel básico o medio y 20 % nivel superior). En relación a la violencia psicológica la distribución fue más homogénea. En otras palabras, las mujeres con mayor nivel de instrucción (educación

superior) refirieron una menor frecuencia de violencia física y sexual, esto puede deberse a la preparación personal y profesional que adquieren estas mujeres que nivela el desequilibrio de poder con la pareja. Igualmente se evidenció que, en los tres tipos de violencia, el mayor predominio fue de mujeres solteras. Las mujeres víctimas de violencia sexual tienen una edad mayor (40 ± 15 años) que aquellas que reportan violencia psicológica o física. Tal vez, la madurez contribuya a impulsar a estas mujeres a hacer las denuncias y a hablar del tema con mayor libertad.

La Organización de Naciones Unidas (ONU), afirma que la violencia que sufren muchas mujeres, tanto en países desarrollados como en los no desarrollados, está relacionada con el estatus de desigualdad de las mujeres en todas las sociedades y que su origen tiene sus raíces en el estado civil, en la familia y en la sociedad, siendo imposible comprender su naturaleza sin tener en cuenta el contexto social e ideológico dentro del cual la violencia ocurre (3, 9).

En la presente serie se encontró como factores de riesgo para VD, una mayor edad (34 años en las víctimas y 31 años en las que negaron ser víctimas), inicio más temprano de la actividad sexual (17 años y 18 años, respectivamente) y el número de parejas sexuales (49 % entre las víctimas reportaron tres o más parejas mientras que las que negaron el maltrato, casi 40 % reportaron una sola pareja). A mayor número de parejas y a menor edad de inicio de las relaciones sexuales, mayor fue la probabilidad de sufrir violencia doméstica, debido probablemente a la inestabilidad que sufre el ser humano en las relaciones interpersonales, afectando esto su desarrollo personal, social y cultural.

El Sistema Nacional de Reportes de Muertes Violentas (NVDRS) de los Estados Unidos determinó que, a mayor número de hermanos se encontraba mayor incidencia de violencia doméstica (2), lo cual no se pudo evidenciar en este trabajo. Si bien es cierto que 90 % de las víctimas tenían dos o más hermanos, el dato fue similar entre las que negaron la VD. No se encontraron estudios de investigación nacional e internacional que relacionen la violencia doméstica con las siguientes variables: edad de inicio de las relaciones sexuales y el número de parejas sexuales.

Fernández y col. (10) presentan como factores de riesgo para ser una mujer maltratada los siguientes: vivencia de violencia doméstica en su familia de origen, bajo nivel cultural y socioeconómico, aislamiento psicológico y social, baja autoestima, sumisión y dependencia, embarazo, desequilibrio de poder en la pareja y consumo de alcohol o drogas. Sin embargo, concluyen diciendo que no hay que olvidar que dado el bajo índice de detección de VD, probablemente muchas mujeres que no responden a ese perfil son también víctimas de maltrato.

Como se señaló anteriormente, al analizar el fenómeno de violencia contra la mujer, en estudios feministas se determinó que esto podría ser una consecuencia cultural, en mujeres de sociedades patriarcales donde ellas están ubicadas por debajo del hombre, donde la violencia parece ser una forma de disciplinar y controlar a las mujeres, de esta forma los hombres agresivos son vistos como docentes. Además, dentro de esta perspectiva se han encontrado mujeres víctimas de violencia, que consideraban dichos actos como normales debido a padecer algún tipo de trastorno mental (14).

Según explica la psiquiatra Vázquez (15), no se puede establecer genuinamente un perfil de mujeres maltratadas antes de que comience a darse el maltrato y no existe ningún indicio experimentalmente demostrado que sea capaz de detectar a aquellos varones que se convertirán en maltratadores.

Muy frecuentemente se identifica la violencia doméstica con la pobreza o la marginación social, sin embargo, los hombres que maltratan a las mujeres se encuentran en todas las clases sociales, tienen todas las edades y todo tipo de posiciones económicas (12). En la presente serie la distribución de víctimas y no víctimas según estratos sociales no mostró diferencia significativa. Más del 80 % de ambos grupos se encontraban en estratos III y IV según Graffar modificado (7), lo cual refleja el nivel de las pacientes que acuden a la institución.

Alberdi y col. (12) señalan que, cuando se analizan las posibles respuestas frente a la agresión, se observan tres alternativas posibles: hacerle frente, denunciarla, o abandonar el espacio de la agresión. A las mujeres maltratadas les resulta difícil tomar cualquiera de estos tres caminos. La legitimidad de la primera opción se

apoya en el derecho a la defensa propia; la de la segunda se apoya en el derecho a recibir ayuda que tienen las víctimas de cualquier delito; y la tercera tiene su justificación en la autoprotección y el instinto básico de conservación.

El primer camino es enfrentar la agresión mediante la defensa personal, ya sea controlando la agresión o incluso contraatacando. No suele darse, debido fundamentalmente a la socialización femenina y masculina tan diferentes, que además de enseñar la agresividad a los hombres enseña la pasividad a las mujeres (12).

La segunda forma es la de la denuncia y la petición de ayuda. Esta ha sido una salida muy reprimida hasta hace poco tiempo porque la violencia doméstica era un asunto personal, propio de la esfera privada de la familia, en donde no tenía cabida la intervención exterior. Desde hace pocos años la respuesta legal y social a la violencia ha progresado enormemente y teóricamente promueve las denuncias de las mujeres, sin embargo, sigue siendo una vía llena de obstáculos y dificultades (12). En la presente investigación se observó que solo 30 % de las mujeres encuestadas conoce los organismos a los que debe acudir para denunciar, en caso que requiriera hacerlo. Asimismo, se encontró cierta incongruencia en las respuestas, puesto que más de 80 % señaló haber realizado una denuncia en alguna ocasión. Más sorprendente aún es el hecho de que habiendo puesto la denuncia, solo 24 % de las mujeres, obtuvo una respuesta satisfactoria de parte de los organismos involucrados.

Fernández y col. (10) describen que la violencia doméstica tiende a ser repetitiva, con una media de seis incidentes por año. El primer episodio ocurre en el primer año de matrimonio en casi la mitad de los casos y en muchos de ellos en el primer embarazo. Para la mayoría de mujeres, pasan entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que se denuncia el hecho. Entre las razones que demoran la denuncia, estos autores mencionan la esperanza en que la situación cambie, el miedo a represalias en ellas o en sus hijos, vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa, tolerancia a los comportamientos violentos, dependencia psicológica y económica de la mujer respecto a su pareja, situación psicológica de la mujer, sentimientos de ambivalencia o inseguridad, miedo al aparato judicial, no saber a quién

dirigirse o a qué servicios acudir y la falta de apoyo familiar, social o económico.

Los servicios que podrían prestar apoyo, como la policía o la atención de salud, suelen no identificar a la mujer que es objeto de violencia, o no pueden responder adecuadamente. El personal puede no estar adiestrado para tratar el problema ni sabe a qué lugares referir a las mujeres que buscan ayuda (9).

Los trabajadores de la salud, y en especial el médico gineco-obstetra en su condición de médico de la mujer, desempeñan un papel crucial en cuanto a ayudar a las mujeres y niños que son objeto de violencia. Los que trabajan en los departamentos de urgencias en los hospitales pueden ser los primeros en examinar a una mujer lesionada por violación o violencia en el hogar, pudiendo identificar y remitir a las víctimas del maltrato y, cuando sea factible, proveer atención. Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información (9).

La tercera vía, la salida y solución del conflicto por abandono o separación, presenta la dificultad de la resistencia del agresor, que la mayoría de las veces, no quiere ser abandonado. Suele ser la solución más aconsejada y a veces sorprende, a los que asisten desde fuera a uno de estos conflictos, que no se tome antes. Aunque está cada vez más aceptada socialmente, no deja de plantear problemas de tipo económico y familiar, además de que, en su tramitación, se agudiza el conflicto y se acrecienta el riesgo de violencia grave (12).

De todo lo anterior se puede concluir que:

La frecuencia de violencia doméstica fue de 43,4 %. La prevalencia de los diferentes tipos de violencia doméstica fue: violencia psicológica 91,3 %; violencia física 50 % y violencia sexual 19,3 %. Las mujeres afectadas por violencia psicológica tenían un nivel de instrucción más alto y aquellas sometidas a violencia sexual eran mayores y tenían un grado de instrucción medio. El estado civil, el número de hermanos, la edad de la menarquia, la edad de inicio de la actividad sexual y el estrato socioeconómico, no afectaron al tipo de

violencia recibida. Los factores de riesgo asociados a la violencia en forma significativa, son una mayor edad, inicio de actividad sexual antes de los 18 años y el tener tres o más parejas sexuales. A pesar de no tener mucha información, una gran proporción de las víctimas de violencia han realizado las denuncias pertinentes, pero la respuesta de los organismos del estado ha sido mala.

REFERENCIAS

1. López SM, Gómez PI, Arévalo I. Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, 2005. Estudio de corte transversal. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2008; 59 (1): 10-19.
2. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003 [Revisado noviembre 2013]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer. Nueva York: Procedimientos de la 85 Reunión Plenaria; 1993 [Revisado noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
4. Posada C. Mejoramiento de la calidad de atención: integralidad y conciencia de género en la aplicación de las normas. Colombia. Simposio 2001. Violencia de género, salud y derechos en Las Américas. 2001. Méjico.
5. Távora L, Zegarra T, Zelaya C, Arias M, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2003; 49 (1): 31-38.
6. Castañeda N, Tamayo M, Miraval Z, Manrique D, Alvarado N, Carrillo C. Perspectiva de las mujeres acerca de la violencia basada en género, como factor de empobrecimiento. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2009; 55: 256 - 259.
7. Méndez-Castellanos H, Méndez M. Sociedad y Estratificación: método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: Fundacredesa; 1994.
8. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel-Arcas C, García-Moreno C, editores. Violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003 [Revisado octubre 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165815/1/9275322929.pdf>
9. Vega G, Hidalgo D, Toro J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2011; 71 (2): 88 - 97.
10. Fernández M, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón

- L, García J y col. Violencia Doméstica. Madrid: Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003. [Revisado octubre 2013]. Disponible en https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
11. Plasencia A. Presentación. En: Alberdi I, Matas N, editores. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002. P 7 – 8. [Revisado octubre 2013]. Disponible en http://webs.uvigo.es/pmayobre/pdf/la_violencia_domestica_informe_malos_tratos_a_mujeres_en_espana.pdf
 12. Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002. [Revisado en octubre 2013]. Disponible en http://webs.uvigo.es/pmayobre/pdf/la_violencia_domestica_informe_malos_tratos_a_mujeres_en_espana.pdf
 13. República Bolivariana de Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668 (23- 04-07. Caracas: 2007. [Revisado octubre 2013]. Disponible en <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
 14. Porto M, Bucher-Maluschke J. Violência, mulheres e atendimento psicológico na Amazônia e no Distrito Federal. *Psicol estud.* 2012; 17(2): 297-306.
 15. Vázquez B. El perfil psicológico de la mujer maltratada. Violencia física y psíquica en el ámbito familiar. Madrid: Ministerio de Justicia; 1999.

Viene de pág. 10

PARTO POR CESÁREA A SOLICITUD MATERNA (continuación)

Traducido y resumido por Mireya González Blanco

El dolor postparto, el dolor pélvico, la depresión postparto, la presencia de fistulas, la función anorrectal, la función sexual, el prolapso de órganos pélvicos, la muerte fetal posterior y la mortalidad materna, son variables que, según el documento del ACOG no parecen afectarse con la vía del parto. La evidencia de tromboembolismo fue conflictiva.

En relación a los riesgos de la cesárea a petición materna, se incluyen mayores complicaciones en embarazos subsecuentes, tales como ruptura uterina, placenta previa, acretismo placentario, lesiones vesicales y del intestino y la necesidad de histerectomía. Estos también son factores que pueden estar influidos por la paridad y el tamaño previsto de la familia. Aunque el riesgo de histerectomía periparto en el primer parto es similar para ambas vías, hay un significativo aumento del riesgo de placenta previa, acretismo placentario y la necesidad de la histerectomía obstétrica después del segundo parto por cesárea. Esto pone de relieve la necesidad de considerar el número total de embarazos planificados o esperados si se discute la cesárea por solicitud materna durante el primer embarazo.

En relación al recién nacido, el documento del ACOG (1) también señala riesgos y beneficios. El riesgo de morbilidad respiratoria, incluyendo taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria y la hipertensión pulmonar persistente, es mayor para la cesárea electiva comparado con el parto vaginal cuando se realizan antes de las 39 – 40 semanas de gestación. La literatura sobre cesárea electiva, sin trabajo de parto, también muestra una mayor tasa de complicaciones relacionadas con la prematuridad, incluyendo síntomas respiratorios, otros problemas de adaptación neonatal como hipotermia, hipoglucemia y admisiones de la unidad de cuidados intensivos neonatales, cuando la cesárea se realiza antes de las 39 semanas de gestación.

Continúa en pag. 50