

Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo

Dra. Leonor Zapata

Médica Honoraria y Consultiva, Maternidad Concepción Palacios.

A Chantal.

INTRODUCCIÓN

La violencia basada en el género (VBG) es reconocida como un problema social y de salud pública, concierne a los derechos humanos y por lo tanto los gobiernos tienen la obligación de intervenir. Es una manifestación de desigualdad de género implícita a niñas, adolescentes y mujeres, la VBG es de acción prolongada y sostenida y puede llegar a tener consecuencias devastadoras para las víctimas. Las repercusiones se extienden a los niños del hogar, la familia e incluso hasta la comunidad (1, 2).

El embarazo es una etapa donde se desarrolla una nueva vida y debiera ser un periodo donde se respetara el bienestar materno fetal, pero esto no se cumple sino por el contrario la violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse hasta más allá del periodo posparto. Constituye una fuerte carga en los países en vías de desarrollo para las mujeres quienes con frecuencia están desnutridas, sobrecargadas de trabajo y sin acceso a los servicios de salud (3).

Actualmente lo que permite identificar los diferentes tipos de violencia es su visibilización como problema social, las sociedades cambian, lo que hace que se tomen en cuenta problemas no visibles antiguamente (4).

La VBG es un problema creciente en todas las sociedades y por ello el gineco-obstetra está en una posición privilegiada para hacer su pesquisa y de esta manera su intervención puede detenerla y evitar muertes de mujeres y sus hijos. (5)

DEFINICIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas (1993) aprobó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Su Artículo 1 la define como "Todo acto de violencia basado en el género que resulte, o tenga probabilidad de resultar, en daño físico, sexual, o psicológico o sufrimiento de la mujer, e inclusive la amenaza de cometer esos actos, la coerción y la privación arbitraria de la libertad, sea que ocurran en la vida pública o en la privada" (6).

PREVALENCIA

La violencia es un problema presente en todas las sociedades, durante el embarazo fluctúa entre 0,9% al 21% en diferentes regiones y países; Norte América, Inglaterra, Países Escandinavos, Arabia Saudita, China (7-10). Las variaciones en las cifras son explicadas porque no se hace la pesquisa en las consultas, factores personales de las pacientes quienes consideran que la violencia ocurre dentro del hogar y es un problema íntimo y por otro lado la consideran como algo normal dentro del comportamiento de los géneros (4).

La prevalencia varía de acuerdo a la forma como fue hecha la pesquisa y las características demográficas de la muestra. La mayor prevalencia se obtiene cuando la encuesta la hace un integrante del personal de salud y la respuesta a la misma es cara a cara. Depende de la edad gestacional en que fue pesquisada. Baja prevalencia es observada en consultas privadas donde la encuesta es suministrada por personal no del equipo de salud y es auto llenada (7,11, 12).

TIPOS DE VIOLENCIA

Hay varios tipos de violencia pero aquí sólo se mencionan los que se manifiestan en el país, existen otros pero no se tratarán aquí pues no forman parte de nuestra cultura.

1. Abuso por parte de la pareja íntima. Es la forma más común de VBG, está extendida por todo el mundo y no está limitada a grupos económicos, religiosos o culturales. Sus manifestaciones son psicológicas, físicas, sexuales dentro de un marco de control y coerción (13).
2. Coerción sexual:
 - 2.1. *Relaciones sexuales forzadas en el matrimonio:* Buena parte de las relaciones sexuales no consensuales tienen lugar dentro de uniones consensuales. Muchas mujeres dicen haber sido obligadas a tener actividad sexual que consideraban humillante o degradante. (13)
 - 2.2. *Iniciación sexual forzada:* Actualmente hay un mayor conocimiento del ámbito y el significado del sexo forzado en adolescentes en países en desarrollo. Una entrevista realizada a 545 mujeres entre 15 – 19 años, en Uganda, reportó que 14% son iniciadas sexual-

mente por coerción. Estas adolescentes eran menos propensas a emplear anticonceptivos modernos, condones en los últimos meses y anticonceptivos en forma continua. Refieren haber tenido embarazos no deseados y haber presentado uno o más síntomas de infección genital (13,14).

2.3. Abuso sexual en la niñez y adolescencia: Se refiere a cualquier acto sexual realizado entre un adulto y un menor de edad o cualquier actividad sexual no consentida entre un niño y otra persona (13).

En un estudio realizado en Acarigua de violaciones en menores entre 12 y 15 años denunciadas ante las autoridades, el 91,35% eran del sexo femenino, con un porcentaje de embarazos de 10,4%, 56,79% de las víctimas tenían penetración vaginal y el 40,74% presentó desfloración antigua completa, el perpetrador fue alguien del círculo familiar; los novios representaron el 37,03% (15). Encuesta realizada en Ciudad de México entre estudiantes de secundaria y bachillerato, 7% de las adolescentes habían sido víctimas de abuso sexual (16). El abuso lleva a una amplia variedad de comportamiento psicológico, disfunción sexual, problemas en las relaciones interpersonales, disminución de la autoestima, depresión, abuso de alcohol y otras sustancias (13).

3. Tráfico de mujeres y niñas: El Departamento de Estado de los Estados Unidos de América incluyó a Venezuela en el denominado "Anillo Tres", por no hacer lo suficiente para combatir el tráfico de mujeres y niñas que son mercadeadas con objeto de realizar trabajos forzados y explotación sexual. El país será sancionado con disminución de los créditos otorgados por los organismos financieros multilaterales (17).

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Se ha especulado que las adolescentes pueden ser más vulnerables a la violencia porque para ellas el rol de sexo femenino hace que su condición sea dependiente de su unión al varón y a falta de experiencia en la toma de decisiones (18). Las embarazadas adolescentes tienen antecedentes de violencia física, u otros antecedentes familiares relacionados con la misma. Los perpetradores son sus compañeros de citas, novios, familiares. Venezuela tiene una incidencia de 21% de embarazos en adolescentes, un estudio piloto realizado en adolescentes de diferentes regiones del país arrojó que la edad el inicio de las relaciones sexuales fue de 15 años y 28% de las encuestadas habían estado embarazadas (19).

1. Incidencia: Adolescentes 20,6% de violencia durante el embarazo contra 14,2% en mujeres adultas (18).

2. Abuso sexual: Las adolescentes y mujeres menores de 24 años tienen 4 veces mayor incidencia de violación que mujeres de más edad (20).

Las niñas y adolescentes con antecedentes de abuso tienen una gran vulnerabilidad sexual que las lleva a tener embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA). Además presentan mayor incidencia de embarazos que las que no lo han sido (21). Si son abusadas antes de los 15 años pueden tener más adelante un comportamiento promiscuo.

3. Control prenatal: Entre las adolescentes abusadas el 20,9% empieza la consulta en el tercer trimestre del embarazo (18).

4. Complicaciones: Los factores de riesgo relativos asociados al bajo peso de los recién nacidos en este grupo etareo fueron solteras, pobre ganancia de peso (menos de 7 kg), sangrado durante los dos primeros trimestres del embarazo, consumo de tabaco, alcohol y drogas (18).

5. Mortalidad: Se puede subestimar la mortalidad por lesiones pues los familiares pueden estar reacios a reconocer el embarazo en adolescentes y pueden ocultar la causa de la muerte (22). Granja y col (23) en 27 muertes por lesiones, 5 (18,5%) adolescentes murieron, 1 suicidio por aborto provocado, 2 homicidios: 1 por herida por arma de fuego y otro por un aborto provocado, el cuarto caso fue también un aborto provocado llevado a juicio y al final no fue clasificado.

6. Secuelas: Mayor ansiedad y depresión que las no víctimas, disminución de la satisfacción de vivir. (20) 67% de las adolescentes que habían sido atacadas sexualmente habían intentado suicidarse, esto hace necesaria estrategias de prevención para la detección oportuna y promoción de la salud emocional de la población escolar (16).

Otras medidas recomendadas: educación sexual desde edad temprana, acceso a los servicios de planificación familiar y proteger a las niñas y adolescentes del abuso sexual (24),

REPERCUSIONES DE LA VBG SOBRE EL EMBARAZO

Como se observa en el Cuadro 1 las complicaciones son múltiples, abarcan todo el embarazo y se extienden al primer año posparto, aquí se comentarán a continuación los puntos más resaltantes o controversiales.

1. Embarazo no planeado (ENP): Estudio realizado en Colombia desde una perspectiva feminista reportó:

REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA

Cuadro 1
REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA BASADA
EN EL GÉNERO SOBRE EL EMBARAZO

| |
|---|
| PRENATAL |
| Embarazo no planeado Inicio tardío a la consulta prenatal Aumento de días de hospitalización Descompensación de patologías previas Anemia Infección urinaria Sangrado genital Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA Traumatismo |
| COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO |
| Desprendimiento prematuro de placenta Ruptura uterina Cesárea Ruptura prematura de membranas Corioamnionitis Parto pretérmino Sufrimiento fetal |
| RESULTADOS DEL NACIMIENTO |
| Retardo del crecimiento intrauterino Recién nacidos pretérmino Bajo peso al nacer Mortalidad perinatal |
| MORTALIDAD MATERNA |
| Homicidio Suicidio |
| PERIODO POSPARTO * |
| * Se prolonga hasta 365 días posparto |

- a) Mujeres habitantes de municipios con alto grado de control patriarcal masculino han tenido cuatro veces más riesgo de ENP;
- b) Mujeres habitantes de municipios con alta preponderancia de VBG tienen 2,5 veces más riesgo de ENP;
- c) Mujeres abusadas habitantes de comunidades con preponderancia de mujeres con decisión autónoma presentaron el cuádruple de ENP (25).
2. Control prenatal: Toda mujer con experiencia de violencia física tiene 1,8 veces más probabilidad de entrar con retardo en la consulta prenatal que mujeres sin antecedentes de violencia. Mujeres mayores y de buena condición socioeconómica violentadas entran con retardo a la consulta. Para estas pacientes la violencia puede ser el único factor que influye su bienestar, este obstáculo puede incluir a su pareja o su propio miedo a descubrirlo. (26)
3. Días de hospitalización: Aumento de los días de internamiento debido a hospitalizaciones múltiples, esto repercute sobre los costes hospitalarios.

4. Infecciones urinarias a repetición y sangrado genital en los dos primeros trimestres del embarazo nos pueden hacer sospechar de abuso sexual a repetición o violencia física (13).
5. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) VIH/SIDA: Aumento de las ETS debido a que las mujeres no pueden negociar con sus parejas el uso de anticonceptivos de barrera, muchos hombres los rechazan por asociarlos a la infidelidad, prostitución, promiscuidad (13).
6. Traumatismo: La VBG en sus sutiles presentaciones ha sido reconocida como un contribuyente mayor a la incidencia de trauma durante el embarazo (27). El antecedente de violencia es un factor de riesgo para trauma repetido durante el embarazo (28). Golpes, caídas, heridas abdominales producidas por la violencia tienen resultados adversos sobre la terminación del embarazo (10,27-29). Desprendimiento prematuro de placenta (DPP), ruptura uterina, heridas uterinas pueden originarse por la violencia doméstica (10).

Ante una paciente traumatizada realizar hospitalización y hacer una vigilancia estrecha del bienestar materno-fetal. Si hay trauma abdominal y necesidad de bloquear las contracciones uterinas, los agentes tocolíticos beta-adrenérgicos no son recomendados pues enmascaran los signos de hipovolemia o hipotensión (28). El agente útero-inhibidor de elección es el sulfato de magnesio. Si la paciente es Rh negativa no sensibilizada está indicada la administración de inmunoglobulina Anti-D (28).

Satin y col (30) reportan que lesiones provocadas por asalto sexual fueron más frecuentes en cabeza, cuello y extremidades. No hubo heridas en el torso en embarazos mayores de veinte semanas. No encontraron abortos espontáneos, o partos dentro del mes siguiente al asalto, pero sí bajo peso al nacer (24%) y parto pretérmino (16%). Concluyen que el abuso sexual tiene poco efecto inmediato en los resultados del embarazo.

7. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP): Hay fuerte asociación entre sangrado vaginal debido a *abruptio placentae* y golpes directos sobre el abdomen. Rachana y col (10) comunican 144 DPP de los cuales 76% habían recibido golpizas sobre el abdomen. Al monitorizar la contracción uterina en pacientes traumatizadas si las contracciones fueron menores de una en diez minutos, no hubo desprendimiento (28).
8. Ruptura uterina: Rachana y col (10) comunican tres casos de ruptura uterina en Arabia Saudita
9. Cesárea: Hay un aumento de la resolución del embarazo por vía alta. Sin embargo hay factores que limitan el resultado de los análisis como los antecedentes de cesárea anterior, presentaciones viciosas. Las mujeres

- víctimas de la violencia al estar hospitalizadas son sometidas a una estricta vigilancia materno-fetal, circunstancia que puede incrementar la resolución del embarazo por vía alta (10,12).
10. Parto pretérmino: Tiene muchos factores etiológicos entre ellos se encuentra el estrés que puede liberar corticotropinas que desencadenan el trabajo de parto (13). Se describe aumento de la prematuridad (10,12, 31).
 11. Bajo peso al nacer (BPN): Para algunos autores hay disminución del peso fetal (11,18, 31) la explicación no está totalmente esclarecida, la acción directa del trauma abdominal sobre la placenta provocando contracciones y ruptura prematura de membranas; infección genital provocada por el abuso sexual; la descompensación de enfermedades crónicas preexistentes como la hipertensión arterial y la diabetes. Causas indirectas como el estrés y otros factores de riesgo como el consumo de tabaco o abuso de sustancias, ingreso tardío a la prenatal pueden estar asociadas al BPN. Sin embargo hay estudios que no encuentran relación entre el bajo peso y la violencia durante el embarazo (12,32). Esto se explica por el tamaño de la muestra, diseño del estudio y las diferentes formas de medir la violencia, que pueden explicar la discrepancia de los resultados (12).
 12. Mortalidad perinatal: El feto puede ser indirectamente lesionado cuando la madre no cuida su enfermedad actual o no recibe los cuidados prenatales adecuados por oposición de su irascible pareja. Es directamente lesionado con fracturas óseas, heridas con arma blanca y muerte fetal (8, 29,33).
 13. Mortalidad materna: La mortalidad materna (MM) no sólo refleja la salud de la embarazada y los servicios de salud en los países en desarrollo sino que es una consecuencia de las condiciones culturales, políticas, sociales de la sociedad. Tradicionalmente la MM debido a homicidio, suicidio o abuso de sustancias no han sido incluidas en los reportes de tasa de MM y la presencia de estas causales son consideradas como algo que se presentó casualmente dentro del embarazo (23). Rizzi y col (5) definen la MM causada por la violencia como la que ocurre originada por homicidio, suicidio, accidentes, aborto provocado.

13.1. Homicidio: En autopsias realizadas en Córdoba, Argentina, de 272 mujeres entre los 12- 44 años, 28 estaban embarazadas, de estas 22 habían muerto como consecuencia de un aborto provocado, 2 por suicidio, 1 por homicidio y 3 por accidente. El número de muertes fue bajo para lo esperado, a pesar que la autopsia fue realizada, no hubo garantía que los órganos reproductivos hayan sido estudiados porque

el embarazo en si no es de particular interés para la decisión judicial que determinara la causa de muerte debida a la violencia (5).

Fue la causa más frecuente de lesiones en regiones urbanas y rurales de EE.UU, Harper y Parsons (34) comunican 36% de homicidios con prevalencia en población no blanca. Parsons y Harper (35) de 62 muertes por lesiones se conoce o sospecha el 51,2% de haber sufrido violencia por parte de su pareja, 22 homicidios (35%) 63,6% eran solteras y 63,6% mujeres no blancas, 6 de 8 mujeres asesinadas por la pareja lo fueron posparto. Las autoras comentan que muchas veces la inducción del parto protege al feto de posible violencia pero no así a la madre que no fue capaz de retirarse a tiempo de una relación abusiva. Granja y col (23) en 27 muertes por lesiones en embarazadas, 10 eran homicidios, predominando las heridas cortantes y las armas de fuego, 6 eran menores de 25 años y 7 tenían embarazos menores de 28 semanas. El abuso durante el embarazo es un factor de riesgo para atentar contra la vida de la embarazada o para cometer un femicidio, 5% de las víctimas de femicidio fueron asesinadas durante el embarazo (36).

13.2. Suicidio: La depresión constante causada por la violencia puede forzar a la mujer a cometer suicidio. Este no es siempre reportado durante el embarazo en muchos países. Puede considerarse que no es raro tanto en los países industrializados o en comunidades donde el embarazo no deseado constituye una deshonra para la mujer y su familia.

El suicidio es el último recurso de una mujer que no tiene acceso a los servicios de planificación familiar o donde el aborto es una práctica ilegal. El embarazo no deseado es causa de muerte en mujeres cuyas condiciones sociales la estigmatizan y no tienen probabilidad de solventar su no deseado y no planeado embarazo (5). Para Granja y col (23) de 27 muertes, 9 fueron suicidios, 7 en menores de 25 años y 8 embarazos eran menores de 28 semanas.

En Suecia hay un alto porcentaje de suicidios entre los días 43 y 365 posparto, después de las enfermedades malignas el suicidio encabeza las causas de muerte relacionadas con el embarazo, los métodos violentos fueron los más comunes empleados (37). Harper y Parsons (34) 62 muertes, 5(8%) fueron suicidios, de estos 4 fueron en el periodo posparto, llama la atención que estas mujeres tenían un control prenatal iniciado desde el primer trimestre del embarazo.

14. Periodo posparto: El riesgo a moderada o severa violencia es alto en el periodo comprendido hasta un año después del parto. Un estudio realizado en varias provincias de

REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA

Cuadro 2
CUESTIONARIO • PESQUISA DE VIOLENCIA
BASADA EN EL GÉNERO (VBG)

| |
|--|
| VIOLENCIA PSICOLÓGICA |
| 1. ¿Usted se ha sentido alguna vez agredida psicológicamente por su pareja? ¿Cuándo sucedió la última vez? |
| VIOLENCIA FÍSICA |
| 2. ¿Alguna vez su pareja le ha causado daño físico? ¿Cuándo le sucedió la última vez ? |
| VIOLENCIA SEXUAL |
| 3. ¿En algún momento de su vida ha sido forzada a tener contacto sexual? ¿Cuándo le sucedió la última vez? |
| VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑAS |
| 4. ¿Cuándo era niña recuerda haber sido tocada de una manera inadecuada? ¿Qué edad tenía usted? ¿Cuánto tiempo duró? ¿Qué relación tenía con la persona que la agredió? |
| <i>Instrumento de detección de VBG diseñado por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología</i> |

China demostró un 7,4% en ese lapso, siendo mayor que en los periodos preparto y durante el embarazo. El tipo de violencia encontrada en primer lugar fue la sexual. (33,38) Soporte emocional, pesquisa de VBG y depresión deben formar parte de los cuidados de salud para poder intervenir médicamente a tiempo (37).

PESQUISA

La pesquisa debe ser conducida por personal de salud entrenado en la dinámica de la violencia, seguridad y autonomía de las mujeres y la necesidad de un cuidado cultural competente. Se hace interrogando directamente sobre violencia psicológica, física, sexual. El Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología diseñó un cuestionario con ese propósito (Cuadro 2).

Debe formar parte del interrogatorio médico de adolescentes y adultas independientemente de sus antecedentes culturales o de la presencia o ausencia de indicadores de abuso (21). Hacer la pesquisa en la consulta prenatal cada trimestre del embarazo de esta forma se puede establecer la verdadera prevalencia durante la gestación, luego del parto durante la consulta posnatal y en las consultas de ginecología o planificación familiar que asista la paciente (39).

La encuesta de VBG dentro de los cuidados de la mujer es aceptable si es conducida en forma segura, dentro de un ambiente confidencial y por un personal de salud que actúe con empatía y sin prejuizar (40). Recientemente se evaluó una lista autoadministrada y resultó ser una alternativa efectiva al cuestionario directo (41).

INTERVENCIONES ANTE LA VIOLENCIA

El gineco-obstetra debe de contar con entrenamiento para atender a las víctimas de VBG, las atenderá con la misma diligencia con que lo hace con otras patologías, para una mujer la asistencia a la consulta puede ser el “último tren” para continuar viva. Las intervenciones son (2, 13, 39, 42-44).

1. Pesquisa del maltrato: Arriba se ha enfatizado suficientemente la importancia de la misma; se debe hacer de una forma privada y garantizar a la mujer la confidencialidad.
2. Atención médica: Atender cualquier traumatismo y en casos de abuso sexual suministrar tratamiento profiláctico para ETS, contando con el consentimiento previo informado por parte de la víctima, como se trata de mujeres embarazadas cuidarse de administrar medicamentos contraindicados durante el embarazo.
3. Documentar el maltrato: La documentación cuidadosa de antecedentes de maltratos, síntomas o lesiones causados por la violencia es útil para el seguimiento posterior. Establecer la identidad del agresor y su relación con la víctima. Estos datos son importantes en casos que la mujer presente cargos contra el perpetrador.
4. Diseñar un plan de emergencia: Una mujer que consulte durante un periodo de escalada de la violencia, debe contar con asesoría en desarrollar un plan de contingencia para abandonar el hogar y ponerse a salvo sola o acompañada de sus hijos/as.
5. Referencia a servicios especializados: La mujer necesita apoyo dentro del sistema de salud (psicólogos, psiquiatras, médicos forenses, nutricionistas, trabajadores sociales) o externo (personal judicial, policías, organizaciones comunitarias)
6. Denunciar al perpetrador: Es necesario que el médico tenga conocimiento de las medidas y consideraciones legales para poder asistir a la paciente. Según las disposiciones legales vigentes en Venezuela los profesionales de la salud deben hacer la denuncia ante las autoridades competentes en un lapso de veinticuatro horas, la omisión será objeto de sanciones (45,46). La denuncia obligatoria ha generado controversias. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos después de valorar los pro y los contra de la misma concluyó que dada la necesidad de datos a reportar los beneficios

de la obligatoriedad de la denuncia ante la ley y la infraestructura inadecuada de los servicios que prestan atención a las víctimas de la violencia, los beneficios de estas disposiciones son cuestionables. (47) Para los grupos de defensores de la mujer y para las mujeres mismas prefieren ser ellas quienes decidan buscar protección en lugar que la decisión les sea impuesta. Además la denuncia obligatoria puede representar una amenaza para la seguridad de las víctimas (2).

7. Hacer conocer sus derechos a la mujer: Explicar detenidamente sobre las leyes y circunstancias que la beneficien y protejan a ella y sus hijos.
8. Contar con material de propaganda: Tener abundante material explicativo sobre la violencia en la consulta como: afiches, panfletos, trípticos, audiovisuales.
9. Otras medidas:

9.1. Educar a la comunidad: Una comunidad educada rechaza la violencia y no aísla a las víctimas, esto es un factor de protección a la mujer. Es necesario hacer foros de discusión dirigidos a la comunidad y contar con trabajadores comunitarios que hagan labor educativa (48).

9.2. Dirigirse a los hombres: La VBG la mayoría de las veces es causada por los hombres, es conveniente su educación desde el hogar, la escuela primaria donde aprendan conceptos de igualdad y equidad de género. Fomentar la discusión en los lugares de trabajo, clubes deportivos, el ejército, etc. Diseñar material educativo para los hombres. Usar figuras públicas masculinas ejemplares como modelos o promotores (48).

9.3 Educación médica: Los temas de derechos sexuales y reproductivos deben incluirse dentro de los currículos de los estudios de pre y posgrado de las escuelas de medicina. Así como también deben formar parte de la educación médica continua dictada por las Sociedades Científicas respectivas (49).

9.4 Medios de comunicación social: Incluir de una manera activa a los medios de comunicación social en la prevención de VBG, esto ya está previsto dentro de las leyes vigentes (45, 50).

Para terminar, el personal de salud se siente muchas veces responsable de la violencia, pero como puede verse es un problema complejo donde hay muchos profesionales no integrantes del equipo de salud que son necesarios para dar una atención adecuada.

REFERENCIAS

1. Fikree FF, Batfi LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *Int J Gynecol Obstet.* 1999; 65: 195- 201
2. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel- Arcia C, García- Moreno C. La

violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington: OPS; 2003

3. Karchmer S. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. (Art de rev) *Ginec Obstet Mex.* 2002; 248: 245-258.
4. Aliaga P, Ahumada S, Marfull J. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003; 68: 75-78.
5. Rizzi R G, Ruiz R, Maguna J J. Maternal Mortality due violence. *Int J Gynecol Obstet.* 1998; 63 Suppl 1: S 19- 24.
6. United Nations General Assmblly. Declaration on the elimination of violence against women. *Proceedings of the 85th Plenary Meeting, Geneva, Dec 20:1993.*
7. Gazmararian J, Lazorick S, Spitz A, Ballard T, Saltzman L, Marks J. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA.* 1996; 275: 1915- 1920.
8. 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
9. Leung W C, Leung TW, Lam J, Ho C. The prevalence of domestic violence agaist pregnant women in a Chinesse community. *Int J Gynecol Obstet.* 1999; 66:23-30.
10. Rachana C, Suraiya K, Hisham A-S, Abdulaziz A-M, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002; 103:26-29.
11. Campbell J. Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology.* 1995; 19: 301- 306.
12. Cokkinides V, Coker A, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy:maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 1999; 93: 661-66 6.
13. Para acabar con la violencia contra la mujer. *Population Report.* 1999; XXVII: 1- 43.
14. Koenig M, Zablotska I, Lutalo T, Nalugoda F, Wagman J, Gray R. Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda. *Int Fam Plann Perspec.* 2004; 30:156- 163.
15. Galué M, Garófano M, Rodríguez E, Valenzuela E, Díaz M A. El abuso sexual y violación en menores de 15 años de edad. *Acarigua, Estado Portuguesa, Venezuela, 1997. Arch Venez Pueric Pediatr.* 1998; 61: 32-37.
16. González C, Ramos L, Vignau LE, Ramírez C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Ment.* 2001; 24:16-25.
17. Bauman E. *El Universal,* 2004 Junio 15; *Cuerpo.4:* 8 (col.1)
18. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth in adult and teenage women. *Obstet Gynecol.* 1994; 84:323-328.
19. Navas T, Salazar V, Márquez PL, La Rosa Z, Oliveros C, Malavé M et al. Factores de riesgo y diagnóstico de salud del adolescente venezolano: estudio piloto. *Med Interna* 2001; 17: 101- 110.
20. Rickert VI, Vaughan RD, Wiemann CM. Violence against young women: implications for clinicians. *Contemporary Ob/Gyn.* 2003; 48: 30- 45.
21. Shadigian EM, Bauer ST. Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 2004; 84: 273- 280.
22. Ronsmans C, Khlal M. Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *Lancet.*1999, 354: 1448.
23. Granja AC, Zacarias E, Bergström S. Violent deaths:the hidden face of maternal mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109: 5-8.
24. Frautshi S, Cerulli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet.*

REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA

- 1994; 47: 275- 284.
25. Pallitto CC, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia testing the feminist perspective. *Soc Sci Med*. 2005; 60: 2205- 2216.
 26. Dietz P, Gazmariaran J, Goodwin MM, Bruce C, Johnson Ch, Rochat RW. Delayed entry into prenatal care effect of physical violence. *Obstet Gynecol*. 1997; 90: 221-224.
 27. Kauff ND, Tejani N. Trauma in the obstetric patient:evaluation and manegement. *Prim Care Update Ob/Gyn*. 1998; 5: 16- 20.
 28. Pak LL, Reace EA, Chan L. Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 179: 1110 – 1114.
 29. Benítez G, Peña A, Peña D. Violencia contra la mujer. Resumen de casos. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2004; 64: 211- 213.
 30. Satin A, Hemsell DL, Stone I, Theriot S, Wendel GD. Sexual assault in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1991; 77: 710- 714.
 31. Negggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83: 455-460.
 32. Grimstad H, Schet B, Backe B, Jacobsen G. Physical abuse an low birth weith: a case control study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:1281-1287.
 33. Mezey GC, Bewley S. Domestic violence and pregnancy (editorial) *B M J*. 1997; 314:1895.
 34. Harper M, Parsons L. Maternal death due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992- 1994. *Obstet Gynecol*. 1997; 90: 920-923.
 35. Parsons L, Harper M A. Violent maternal death in North Carolina. *Obstet Gynecol*. 1999; 94: 990-993.
 36. 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.
 37. Hôgberg U, Innala E, Sandström A. Maternal mortality in Sweden, 1980- 1988. *Obstet Gynecol*. 1994; 84: 240 -244.
 38. Guo SF, Wu JL, Qu CY, Yan RY. Physical and sexual abuse of women before, during and after pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2004; 84: 281-286.
 39. American College of Obstetricians and Gynecologists. Domestic violence. *Educational Bulletin* 257. Washington, DC: ACOG, 1999.
 40. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women' s perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *Br J Obstet Gynaecol*. 2002;109:9- 16.
 41. Webster J, Holt V. Screening for partner violence:direct questioning or self- report? *Obstet Gynecol* 2004; 103:299-303.
 42. Pinto Rodríguez JA, Galíndez Quintana JJ, Naime Yohia F, Pinto Rodríguez JJ, Rodríguez Lega N, Webster Trail M. Síndrome de la mujer maltratada. Despejando mitos. *Gac Méd Caracas*. 1991; 99: 120- 125.
 43. Zapata L. Violencia contra la mujer. En: Rodríguez Armas O, editor. *Consultando al ginecólogo*. Caracas: Editorial Ateproca; 2004.p. 206- 210.
 44. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Norma oficial para la atención integral en la salud sexual y reproductiva. Tomo II Reglamento técnico administrativo para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Caracas: Editorial La Galaxia; 2004.
 45. Ley sobre la violencia contra la mujer y la familia. *Gaceta Oficial* No. 36 531 Extraordinario (Sep. 03, 1998).
 46. Ley Orgánica para la protección del niño y el adolescente. *Gaceta Oficial* No. 5 266 Extraordinario. (Oct. 02, 1998).
 47. American College of Obstetricians and Gynecologists. Mandatory reporting of domestic violence. *Committee opinion* 200. Washington, DC: ACOG, 1998.
 48. Declaración del IMAP sobre la violencia basada en el género. *Boletín Médico IPPF* 2000; 34: 1-3.
 49. Uribe-Elías R. Sexual violence and the obstetrician/gynecologist. *Int J Gynecol Obstet*. 2003; 82: 425- 433.
 50. Ley de responsabilidad social en radio y televisión. *Gaceta Oficial* No 38 881 (Dic 07, 2004).

Correspondencia a: Dra. Leonor Zapata: Apartado postal 6 396, A-1010, Caracas - Venezuela.

Ejercicio en el embarazo

Fuente: RCOG statement Exercise In Pregnancy (www.rcog.org.uk)

El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists del Reino Unido (RCOG) ha publicado un comunicado que resume el pensamiento actual acerca del ejercicio en el embarazo

La declaración de siete páginas, disponible en el sitio web del colegio www.rcog.org.uk, toma como base una revisión de evidencias publicadas. Su mensaje general es que, en la mayoría de los casos, el ejercicio durante el embarazo es seguro tanto para la madre como para el hijo, y que se debería alentar a las mujeres a iniciar o continuar haciendo ejercicio para obtener los beneficios que éste trae aparejados para la salud. La recomendación del RCOG incluye los siguientes seis puntos principales (los que, como destaca el comunicado, están en línea con las pautas del American College of Obstetricians and Gynecologists previamente publicadas):

- “Debería alentarse a todas las mujeres a participar en ejercicios de acondicionamiento aeróbicos y fuerza como parte de un estilo de vida sano durante el embarazo”.
- “En el embarazo deben establecerse metas razonables de acondicionamiento aeróbico para mantener un buen estado físico a lo largo del embarazo, sin tratar de llegar al nivel de aptitud física máximo o entrenarse para la competencia atlética”.
- “Las mujeres deberían elegir actividades que minimicen el riesgo de pérdida del equilibrio y trauma fetal”.
- “Debería advertírsele a las mujeres que las que ejercitan no enfrentan un incremento de resultados obstétricos o neonatales adversos”.
- “Iniciar ejercicios del piso pélvico en el período inmediatamente posterior al parto podría reducir el riesgo de incontinencia urinaria”.
- “Debería advertírsele a las mujeres que el ejercicio moderado durante la lactancia no afecta la cantidad o la composición de la leche materna ni hace impacto en el crecimiento fetal”.

El comunicado incluye secciones sobre: cambios fisiológicos de adaptación en las mujeres embarazadas que podrían tener consecuencias para la actividad física; beneficios del ejercicio en el embarazo; estados que requieren supervisión médica mientras se realizan ejercicios en el embarazo; signos de advertencia para suspender el ejercicio; consejos para las mujeres sobre ejercicios en el embarazo; atletas de competición y embarazo, y ejercicios posparto. El RCOG recomienda que, cuando se considere ejercitar, las mujeres y los profesionales del ámbito médico deberían tener en cuenta los efectos de un estilo de vida sedentario durante el embarazo. Tal estilo de vida puede contribuir a una serie de problemas incluyendo falta de aptitud muscular y cardiovascular, aumento excesivo de peso materno, aumento del riesgo de diabetes gestacional y preclampsia, y desarrollo de venas varicosas.

Issue 04: 28 feb 2006