Mujer & SALUD

AÑO 4 NÚM. 2-3, MAYO - SEPTIEMBRE 2000

Delia M. Camacho, Ph.D.
Directora
Ana Isabel Moscoso, MLS, MPH
Directora Asociada
Victoria Delgado, MLS
Bibliotecaria
Ivette Marrero
Secretaria

Junta Asesora:
Dr. José Hawayek
Prof. Francisca Corrada
Prof. Judith Rodríguez
Dra. Carmen Zorrilla
Dra. Yamila Azize
Dra. Melba Sánchez
Dra. América Facundo
Prof. Sandra Fábregas
Dra. Lourdes Soto de Laurido
Dra. Emma Fernández

Colaboradoras:
Sra. Carmen Vicens

Junta Editora:
Dra. Delia M. Camacho
Prof. Ana Isabel Moscoso
Prof. Judith Rodríguez

Artista Gráfico:
Luis A. Rivera

Dirección Postal:
Centro Mujer y Salud
Recinto de Ciencias Médicas
P.O. Box 365067
San Juan, PR 00936-5067

Teléfonos: (787) 758-2525
exts. 1367 y 1368
Teléfono y fax: (787) 753-0090

DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS

DESDE EL CENTRO MUJER Y SALUD

Delia M. Camacho, Ph.D.
Catedrática y Directora

Próximos a cumplir dos años de la designación del Centro Mujer y Salud como Centro Nacional de Excelencia en Salud de la Mujer, vemos como el desarrollo contínuo y exitoso de sus tres componentes (Clínico, Investigación y Educación) ha sido posible gracias al respaldo y compromiso de la Universidad de Puerto Rico con este proyecto, a la colaboración de los programas y organizaciones con las que hemos desarrollado alianzas y al recono-cimiento y a los fondos otorgados por la Oficina de Salud de la Mujer del Departamento de Salud de los Estados Unidos.

Bajo el componente Clínico se han expandido los servicios de salud integral que se ofrecen a la mujer en la Clínica del Centro de Excelencia como parte de la Práctica Intramural de la Escuela de Medicina. Hemos enfocado el ofrecimiento de servicios clínicos hacia el cuidado primario por médicos obstetras / ginecólogos, internistas y de medicina de familia y coordinado los referidos a otros(as) especialistas y sub-especialistas, preferiblemente para el mismo día. Como parte del cernimiento básico que se le hace a toda paciente, se ha incorporado una prueba diagnóstica de depresión y contamos con una psicóloga para el diagnóstico inicial de esta condición. Están disponibles servicios de educación en salud para las pacientes por consulta individual, así como por actividades educativas grupales dirigidas a las necesidades de éstas. Muy pronto contaremos con una nutricionista como parte del equipo de la clínica. Además, el departamento de radiología de la Clínica Intramural pronto expandirá sus servicios para incluir mamografía, sonografía y densitometría ósea.

En la clínica hemos reforzado los servicios para atender a las mujeres en todas las etapas de su ciclo de vida. El programa de Planificación Familiar, Título X de la Escuela de Salud Publica del Recinto, se integró a la Clínica del Centro de Excelencia ofreciendo atención especial a las mujeres en

(continúa en la pág. 2)

Contenido:

- Desde el Centro Mujer y Salud.....pág. 1
- Cesáreas en Puerto Rico.....pág. 5
- Violencia doméstica reto para la investigación....pág. 12
- Reflexión en torno a la violencia doméstica.....pág. 20

edad reproductiva. Por otro lado, gracias a la estrecha colaboración con el Centro de Información de Menopausia del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina, ofrecemos especial atención a las mujeres en el período peri y post menopausia.

La integración de estos programas persigue el objetivo común de ofrecer servicios de salud integrados para las mujeres y de hacer uso óptimo de los servicios disponibles en el Recinto de Ciencias Medicas en beneficio de las mujeres no importa su capacidad de pago. Por ejemplo, mujeres de clase media, en su mayoría madres solteras, cuyo salario le alcanza mínimamente para los gastos de vida, no pueden pagar por un seguro médico privado y no cualifican para la reforma de salud. Estas mujeres pueden recibir servicios de cuidado primario y de salud reproductiva en la clínica del Centro de Excelencia, mediante acuerdos con el Programa Título X. Los costos de los servicios clínicos son mínimos y el costo de los anticonceptivos es significativamente mas bajo que en el mercado. Los beneficios que reciben en la clínica incluyen servicios médicos, educación, consejería, anticonceptivos, esterilización, vasectomía, trabajo social, servicios psicológicos y nutricionales, así como referidos a especialidades médicas. Al presente, aproximadamente el 5 porciento de las mujeres atendidas en la clínica es médico indigente.

Bajo el componente de investigación, el Centro ha desarrollado una agenda preliminar para investigación en salud de la mujer adaptada a las necesidades de la mujer en Puerto Rico. La meta de nuestra agenda es fortalecer la investigación relacionada a enfermedades y condiciones que más afectan a las mujeres en Puerto Rico. Las áreas identificadas hasta el momento incluyen enfermedades infecciosas, cáncer de mama, osteoporosis, condiciones cardiovasculares, diabetes, salud mental y neurociencias. Para desarrollar la misma se llevó a cabo un análisis del Directorio de Intereses en Investigación en el Recinto de Ciencias Médicas, preparado por el programa RCMI del Recinto; evaluación de las estadísticas vitales de las mujeres en Puerto Rico, reuniones con investigadores activos, y análisis de la documentación publicada sobre las prioridades de salud en áreas que afectan a las mujeres especialmente a las hispanas (Ej.: “Agenda for Research on Women’s Health for the 21st Century” y “Healthy People 2010”).

Bajo el componente de Educación, el Centro de Excelencia ha laborado extensamente en el ofrecimiento de actividades de educación continuada para profesionales de la salud, organizando actividades para la comunidad, propiciando la incorporación de temas de salud de la mujer en el currículo de medicina y apoyando el desarrollo de las mujeres en las profesiones de la salud.

Como Centro de Excelencia en Salud de la Mujer, el Centro Mujer y Salud ha trabajado para promover la inclusión de asuntos relativos a la salud de la mujer en los currículos de las Escuelas del Recinto, especialmente la Escuela de Medicina y fomentar la creación de por lo menos un curso electivo en salud de la mujer en cada facultad. En la Escuela de Medicina hemos contado con la colaboración de la Dra. América Facundo, Directora del Centro Hispano de Excelencia de la Escuela de Medicina y co-directora del componente de Educación del Centro, quien es la persona enlace entre el Centro y la Escuela; y el apoyo de los Decanos y del Dr. Antonio Méndez, director de la Oficina de Currículo. La Facultad de esa Escuela, como parte de la revisión del currículo, ha incorporado temas de salud de la mujer en cursos que se ofrecen a través de los cuatro años de estudio, en el desarrollo y evaluación de destrezas en los casos de pacientes estandarizados y en el desarrollo y revisión de los casos que se utilizan en los Seminarios de Integración (PBL).

Durante los pasados dos años el Departamento de Obstetricia y Ginecología ha ofrecido un curso interdisciplinario electivo en Salud de la Mujer y Salud Reproductiva. El curso, coordinado por la Dra. Yamila Azize, miembro de la Junta Asesora del Centro, es parte de un proyecto de reforma curricular en colaboración entre el departamento de Obstetricia y Ginecología, la Oficina de Currículo de la Escuela de Medicina y del Proyecto Pro-Mujer de la Universidad de Puerto Rico en Cayey, unidad de origen de la Dra. Azize. Otra iniciativa curricular relativa al desarrollo de cursos nuevos, surge de la Dra. Marta Rivero de la Escuela de Enfermería quien está ofreciendo por primera vez este año escolar el curso: Cuidado de la mujer.

En colaboración con la Dra. Lourdes Soto de Laurido directora del Bachillerato en Educación en Salud de la Comunidad del Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud y co-directora del componente de Educación del Centro, el Centro ha servido de escenario de práctica para estudiantes de ese programa. El pasado año académico tuvimos una estudiante asignada al Centro y en este año que comienza tenemos dos. Como parte de su práctica las estudiantes participan en un diagnóstico de necesidades de educación en la comunidad, en la planificación y ofrecimiento de diversas actividades educativas y en la producción de material educativo, entre otras actividades.

Bajo el lema: Poniendo punto final a la violencia doméstica la respuesta de las profesiones de la salud, se celebró en el mes de

Reunión de los recursos provenientes de "Physicians for Social Responsability" de Philadelphia con el comité organizador del Taller: Adiestrando adiestradores en la metodología de RADAR, para la identificación y apoyo a víctimas violencia doméstica, que se ofreció en febrero.

febrero un adiestramiento para profesionales de la salud en el Centro de Convenciones Tropimar. La actividad se llevó a cabo en colaboración con la Casa Protegida Julia de Burgos, Taller Salud, el Centro de Ayuda a Victimas de Violación del Departamento de Salud, la Comisión de Asuntos de la Mujer, la Universidad Central del Caribe, el Centro Hispano de Excelencia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, COSEP, la Oficina de Desarrollo Integral del Municipio de San Juan, el Centro de Educación en SIDA del Decanato de Asuntos Académicos del Recinto y la Presidencia de la Universidad de Puerto Rico. Los recursos utilizados para el adiestramiento provinieron de la organización "Physicians for Social Responsibility" de Philadelphia. La actividad es un ejemplo de la alianza entre organizaciones de la comunidad, gubernamentales y no gubernamentales, en la consecución de un objetivo común: reconocer a la violencia domestica como un problema de salud pública y la necesidad de adiestrar a los profesionales de la salud para que puedan identificar de forma rutinaria a las víctimas y darle apoyo.

En Puerto Rico la violencia hacia la mujer es un asunto de salud y de derechos humanos de fundamental importancia. Aunque existen leyes que protegen los derechos civiles y la seguridad de las mujeres, estas no han sido suficientes para proteger la vida y cuidar la salud de muchas mujeres de nuestro país que se encuentran a riesgo de ser abusadas física, sexual y sicológicamente por sus maridos, compañeros y ex-compañeros. Según se recoge en los noticiarios del país, cada día aumenta el número de muertes de mujeres como consecuencia de incidentes de abuso o violencia dentro del ámbito familiar.

La violencia doméstica impacta los servicios de salud porque ocasiona gran sufrimiento y consecuencias negativas en la salud de una proporción significativa de mujeres, afectando su confianza y su capacidad de participar activamente en las actividades sociales y económicas de su comunidad. La violencia es responsable de un aumento en morbilidad que a su vez trae como consecuencia un aumento en los costos de prestación de los servicios de salud. Las víctimas de violencia doméstica muchas veces presentan quejas somáticas vagas, difíciles de diagnosticar y de tratar. El no identificar debidamente los casos de violencia doméstica, trae como consecuencia que estas pacientes se sobre-mediquen y se vuelvan usuarias habituales de los servicios de salud. Para muchas mujeres que han sido abusadas, los/las profesionales de salud son muchas veces su primer y único contacto con recursos de apoyo e información que puedan ayudarlas. No obstante, las respuestas a la violencia doméstica que dan muchos de los/las profesionales e instituciones sociales han sido tradicionalmente las de culpar o ignorar a la víctima.

Ante la violencia hacia las mujeres, los/las profesionales de la salud deben:

- Preguntar directamente a las pacientes, de manera rutinaria y como parte del historial médico, sobre sus experiencias de abuso y violencia doméstica.
- Estar atentos(as) a posibles síntomas y signos de violencia, proveer el cuidado médico apropiado y darles seguimiento a estos hallazgos.
- Documentar en el expediente de la paciente los hallazgos y las instancias de abuso.
- Evaluar si la paciente se encuentra a riesgo en su hogar y revisar las opciones que esta tiene.
- Referir a las pacientes a los recursos de la comunidad disponibles.
- Mantener privacidad y confidencialidadal entrevistar a la paciente, sobre la información provista por la paciente y sobre su expediente.
- Utilizar actitudes empáticas que lleven a la paciente a buscar ayuda.

Los sesenta profesionales participantes en la actividad celebrada en febrero se comprometieron a adiestrar a sus compañeros profesionales en su escenario de trabajo. El Centro y sus colabora-dores actualmente desarrollan actividades de seguimiento a este adiestramiento y el tema de este número de Mujer & Salud es en apoyo a esa iniciativa.

En el mes de marzo establecimos una alianza con la compañía farmacéutica Wyeth-Ayerst para el lanzamiento del Programa Educativo MUJERES. Este programa educativo enlaza al componente clínico, al educativo y al de investigación del Centro. Incluye educación para profesionales de la salud, educación para la comunidad y la distribución de materiales educativos sobre las condiciones que más afectan la salud de las mujeres en Puerto Rico. La educación a la comunidad se lleva a cabo mediante una innovadora sala

de conferencias rodante que viaja por los centros comerciales de la isla, ferias de salud y actividades de la comunidad y del gobierno que así la soliciten, un programa de radio y una página en al Internet. En la sala o camión se distribuye material educativo, se exhiben videos, se dan charlas sobre temas tales como salud mental, depresión, menopausia, cáncer de seno, entre otros y se hacen clínicas de cernimiento de osteoporosis mediante pruebas de densitometría ósea libre de costo. Los resultados de estas pruebas servirán para establecer un perfil del estado de osteopenia/osteoporosis en las mujeres en Puerto Rico.

A la derecha una vista de la Sala de Conferencia Rodante del programa MUJERES que visitó el Recinto en el pasado mes de junio.

En la foto de arriba la Dra. Delia Camacho y la Dra. Josefina Romaguera hacen entrega de un reconocimiento a la Sra. Aixa Casillas, directora de mercadeo de la Compañía Wyeth, por su colaboración en el desarrollo del programa educativo MUJERES.

La foto de la derecha muestra una vista del interior de la Sala de Conferencia Rodante mientras la Dra. Josefina Romaguera ofrecía una charla como parte de la visita al Recinto.

En junio, se celebró el Simposio MUJERES en el Tropimar para la comunidad en general. Una audiencia de 1,100 mujeres participó en un programa de actualización de todo un día A través del programa MUJERES y de otras actividades educativas organizadas por el Centro se han impactado más de 6,800 mujeres en los dos pasados años. Como parte del componente de educación para profesionales de la salud del Programa Mujeres se ofreció en abril el Quinto Simposio Médico: Nuevas Perspectivas en el Cuidado de la Salud de la Mujer. Un total de 415 médicos primarios asistieron a la actividad, libre de costo, a los que se les ofrecieron seis créditos de educación continuada.

El Centro realizó con fondos del "Office on Women's Health" un proyecto de educación a la comunidad y diseminación de información denominado "Junior Faculty Outreach Project", que incluyó la producción y divulgación de información mediante conferencias, opúsculos, póster, la página electrónica y este boletín. Estudiantes del bachillerato en Educación en Salud del Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, que utilizan el Centro como escenario de práctica produjeron dos opúsculos, uno en osteoporosis y otro en cáncer de seno, y un póster sobre auto examen de seno. Los materiales educativos que ha producido el Centro se han distribuido en diversas actividades educativas y estarán disponible en español y en inglés en nuestra página electrónica (www.rcm.upr.edu/2k1whc). Como coordinadora de este proyecto, nuestra Bibliotecaria, Victoria Delgado tuvo la oportunidad de hacer una presentación del proyecto en Vancouver, Canadá el pasado mes de mayo.

Como parte del alcance del Centro en el ámbito internacional, el Centro labora en el desarrollo de una Red de Información en Salud de la Mujer bajo el Programa Atlantea de la Universidad de Puerto Rico. La misma gestiona interrelación con las Islas Vírgenes y el Caribe y con la diáspora Puertorriqueña en Nueva York y Nueva Jersey. Como directora del Centro, tuve la distinción de ser invitada en representación de los Centros Nacionales de Excelencia como "key note speaker" en el "International Meeting on Women and Health" de la Organización Mundial de la Salud celebrado en Japón en abril de 2000.

En resumen, durante el segundo año del Centro Mujer y Salud como Centro de Excelencia en Salud de la Mujer, los logros obtenidos se han basado en servicios innovadores de excelencia, desarrollo de profesionales de la salud con conocimiento y sensibilidad a las necesidades de salud de la mujer, y a la interrelación y coordinación de recursos existentes en el Recinto de Ciencias Médicas. El producto es evidencia de la excelencia. Esta se manifestó en el éxito obtenido en la visita que recibimos el pasado mes de mayo, 2000 de un equipo de la Oficina Federal de Salud de la Mujer para evaluar nuestra ejecutoria como Centro Nacional de Excelencia. Como resultado de esa evaluación el Centro recibirá fondos para un tercer año consecutivo. Agradezco la dedicación, el esfuerzo y el interés incalculable del gran equipo de trabajo del Centro Mujer y Salud y de todos nuestros colaboradores.

Partos por cesáreas en Puerto Rico:
un acercamiento de salud pública

Prof. Judith Rodríguez Figueroa,
Demógrafa y Catedrática,
Programa de Demografía, Escuela Graduada de Salud Pública,
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Los Estados Unidos de América declararon como parte de las estrategias y planes para alcanzar un mejor estado de salud en el año 2000 el objetivo de una tasa de cesáreas de 15 por ciento y han registrado un descenso en las tasas de cesáreas contrario a Puerto Rico donde parece haberse incrementado esta práctica médica (1,2,3). En Puerto Rico no existe una política en el ámbito gubernamental dirigida a reducir esta práctica médica, que puede poner en peligro la salud de la madre y el niño por nacer, y que tiene repercusiones económicas para las familias afectadas. El incremento en los partos por cesárea tiene además un efecto reductor en la fecundidad de la mujer puertorriqueña porque contribuye a las altas tasas de esterilización femenina del país.

Con el fin de conocer las tendencias más recientes en la utilización del método quirúrgico conocido como cesárea en el país y las características de esos partos, analizamos en este trabajo la información que se obtuvo de un archivo de datos (cinta de computadora) de los nacidos vivos en 1997 que elabora el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Trayectoria de utilización de los partos por cesárea

En un período de 10 años, entre 1988 y 1997, se practicaron en Puerto Rico aproximadamente 200,000 cesáreas para un promedio anual de 20,000 partos utilizando este método. En el año 1988, la tasa registrada fue de 29.8 porciento mientras que para el año 1997 el valor de la tasa fue de 33.4 porciento lo que representa una tendencia continua de incremento en el uso de esta práctica médica. (Cuadro 1)

Cuadro 1
Tasas de Cesáreas
Puerto Rico 1988-97

AÑO	TASA (%)
1988	29.8
1989	30.0
1990	30.9
1991	31.6
1992	31.3
1993	31.6
1994	31.3
1995	29.7
1996	31.5
1997	33.4

Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico Informe Anual de Estadísticas Vitales, varios años y archivo de computadora conteniendo nacimientos ocurridos en Puerto Rico 1996 y 1997.

Los partos por cesárea en 1997

De acuerdo con datos de 1997, el 33 por ciento de todos los partos cuyo resultado fue un nacido vivo en Puerto Rico fueron mediante el método quirúrgico conocido como cesárea. Esta tasa de cesára contrasta marcadamente con la registrada en los Estados Unidos para el mismo año que fue de sólo un 20.8 porciento. La tasa de Puerto Rico superó por cerca de 13 puntos la cifra de cesáreas de los Estados Unidos siendo este último uno de los países del mundo con altos niveles de partos quirúrgicos. De los cincuenta estados que componen los Estados Unidos, Mississipi fue el estado que registró la tasa más alta de cesáreas con un 26.7 por ciento (4). Sin embargo, esta cifra está por debajo de la tasa promedio de Puerto Rico por aproximadamente 7 puntos.

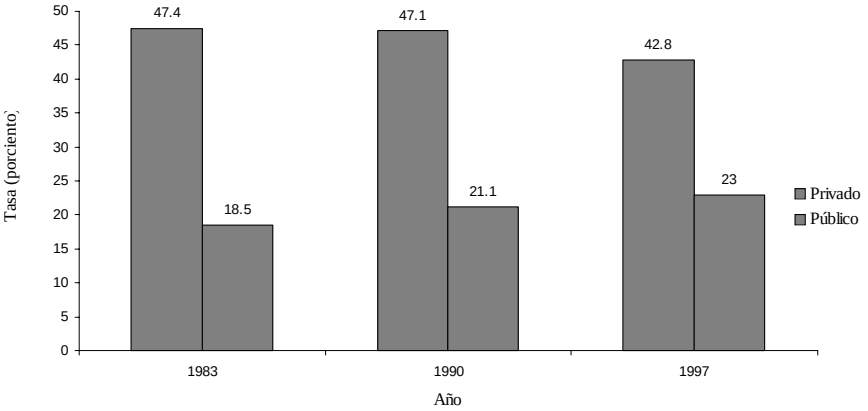
Cesáreas por tipo de instalación hospitalaria

Durante el año 1997 se registraron 64,214 nacimientos vivos en Puerto Rico. El 53.1 porciento de estos partos (34,129) ocurrió en una instalación hospitalaria privada y el 45.9 porciento (29,489) tuvo lugar en una dependencia médica pública. Escasamente menos del uno porciento (0.9%) ocurrió en otros lugares, tales como: hospitales o dependencias militares norte-americanas, en la casa o en cualquier otro lugar no clasificado como entidad médica pública o privada.

Los partos por cesárea son más frecuentes en los hospitales privados que en los públicos. En 1997 el 43 porciento de los partos ocurridos en los hospitales privados fue por cesárea comparado con un 23 porciento en las dependencias públicas del país. El 68 porciento de todos los nacimientos vivos ocurridos por cesárea en Puerto Rico en 1997 se realizó en los hospitales privados. Esto es, siete de cada diez partos por cesárea tuvo lugar en una instalación hospitalaria privada del país.

Cuando se toma en consideración el tipo de instalación hospitalaria donde ocurrió el parto, se observa un ligero aumento en la tasa de cesárea en los instalaciones públicas correspondiente al año 1997 en contraste con las cifras para años anteriores (Gráfica 1). Además en el sector privado aconteció lo opuesto al sector público al registrarse un descenso en la tasa de cesárea. Este hallazgo que puede ser considerado inicialmente como un cambio con relación a las tendencias observadas en el pasado, parece ser el resultado de un incremento extraordinario en un corto período de tiempo en el número de partos ocurridos en el sector privado como consecuencia de la privatización de los servicios de salud del país. El aumento en el número de nacidos vivos en las instalaciones hospitalarias privadas es responsable de un incremento inmediato en el denominador de la fórmula que se usa para computar las tasas de cesáreas. En el sector público al reducirse el número de nacidos vivos se disminuye la población femenina expuesta al riesgo de un parto por cesárea. Por otro lado, es en este sector en donde por lo general se atienden tanto las mujeres de mayores riesgos durante el embarazo y las que presentan complicaciones durante el parto de todo el país lo que puede resultar en mayor utilización de cesáreas.

Gráfico 1
Tasa de cesáreas por sector de servicio
Puerto Rico: 1983, 1990 y 1997



En el año 1997, los municipios con una mayor cantidad de habitantes contribuyeron con el 42 porciento de todos los nacimientos vivos ocurridos en el país: San Juan (6,947), Bayamón (3,773), Ponce (3,323), Carolina (2,920), Caguas (2,432), Toa Baja (1,592), Guaynabo (1,586), Mayagüez (1,455), Arecibo (1,578) y Trujillo Alto (1,185).

Los 13 municipios que registraron tasas de cesáreas de 40.0 porciento o más fueron los siguientes: Añasco (40.4), Camuy (40.7), Culebra (52.8), Fajardo (45.8), Guánica (45.5), Hatillo (41.8), Luquillo (44.3), Manatí (41.0), Moca (41.1), Morovis (40.2), Quebradillas (42.0), Vega Baja (42.0) y Yauco (40.3). Por el contrario, donde se registraron las tasas de cesáreas más bajas entre todos los 78 municipios fue en: Adjuntas (24.5) y Jayuya (21.7) (Gráfico 2).

Gráfico 2
Tasas de cesáreas por municipio de residencia de la madre
Puerto Rico, 1997

Leyenda:

- Menos de 30.0
- 30.0 a 39.9
- 40.0 a 49.9
- 50.0 o màs

Cuando se tomó en consideración el tipo de instalación hospitalaria (pública y privada) donde ocurrió el parto y el lugar de residencia de la madre, se encontró que las mayores tasas de cesárea en instalaciones hospitalarias privadas ocurrieron en los municipios siguientes: Bayamón (53.1), Ceiba (51.2), Corozal (61.4), Culebra (61.9), Dorado (51.8), Fajardo (50.3), Juncos (52.1), Luquillo (50.0), Naranjito (50.5), Sabana Grande (52.6), San Germán (51.6), Toa Alta (51.9), Toa Baja (54.1), Vega Alta (55.8) y Yabucoa (52.1).

En el sector público se destacaron las tasas de cesáreas con registros de 35.0 porciento o más correspondientes a las madres residentes en

los municipios de: Guánica (47.4). Manatí (44.9), Culebra (40.0), Yauco (39.0), Vega Baja (38.6), Luquillo (38.6), Morovis (37.6), Peñuelas (37.6), Ciales (37.0), Guayanilla (36.9), Fajardo (36.1), Arecibo (35.8) y Ceiba (35.7).

La tasa de cesárea siempre fue más alta para las madres residentes en 73 de los 78 municipios (94 porciento) cuando estas daban a luz en alguna de las dependencias médicas privadas que entre las que tuvieron su hijo en el sector hospitalario público. No obstante, en los municipios de Ceiba, Culebra, Fajardo y Luquillo el registro de altas tasas de cesárea ocurrió tanto entre las madres que dieron a luz en dependencias hospitalarias privadas como en las públicas. Por otro lado entre las madres residentes en los municipios de Ciales, Guánica, Guayanilla, Manatí y Peñuelas se registran tasas de cesáreas más elevadas entre las que dieron a luz en una dependencia pública (Gráficos 3 y 4).

Gráfico 3
Tasas de cesáreas por municipio de residencia de la madre en facilidades hospitalarias privadas del país Puerto Rico, 1997

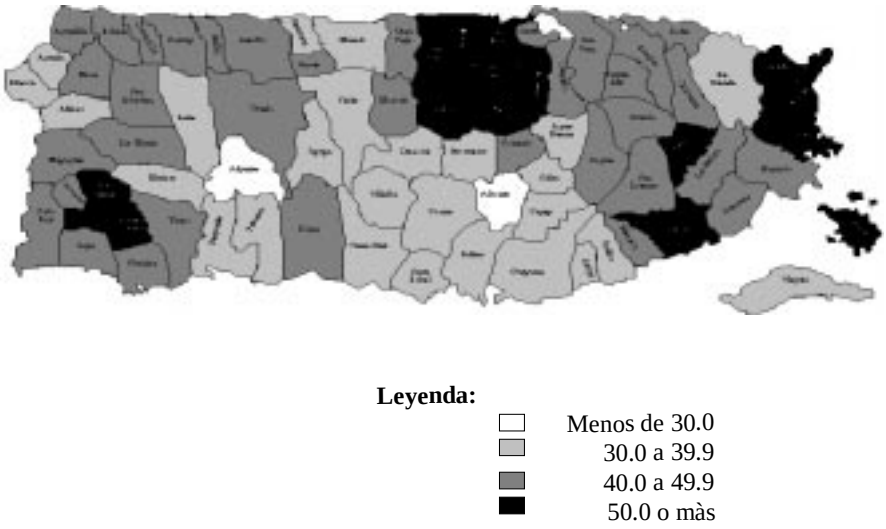
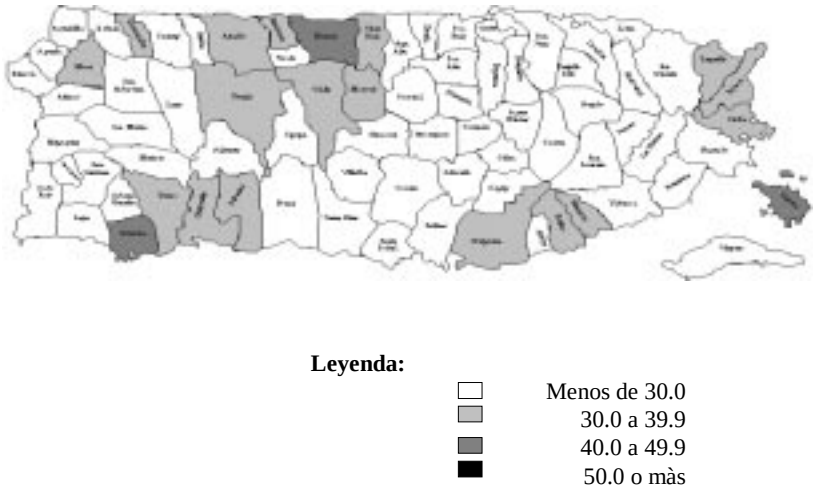


Gráfico 4
Tasas de cesáreas por municipio de residencia de la madre en facilidades hospitalarias públicas del país Puerto Rico, 1997



Cuando se observó el lugar de ocurrencia del nacimiento vivo independiente del lugar de residencia de la madre se reveló que los municipios de Bayamón y Fajardo tenían las tasas de cesárea mayores con 57.6 y 50.3 porciento en el sector privado. Las tasas de cesáreas para las madres residentes en esos dos municipios fueron de solo 19.8 y 32.5 porciento respectivamente. En el municipio de Bayamón los partos ocurridos (8,738) en dependencias privadas constituyeron un 48 porciento mientras que en Fajardo este porciento fue de 69.1 de un total de 1,300 partos ocurridos en dicho municipio. En el municipio de San Juan fue donde aconteció la mayor cantidad de nacidos vivos (15,287) con el 59.5 porciento de los partos en una dependencia privada. La tasa de cesárea en este tipo de hospital fue de 41.1 y de un 22.9 porciento en el sector público.

Características de los partos por cesárea

El 60 porciento de las cesáreas practicadas en Puerto Rico durante el año 1997 fueron primarias. Este dato significa que de cada diez cesáreas seis se realizaban por primera vez y cuatro eran repetidas. Al estudiar la edad de la madre, dividiéndolas en menores de 20 años y 20 años o más, se hizo patente que entre las de más edad son más frecuentes los partos por cesárea (36.3 versus 22.2 porciento). Resaltó el hallazgo de que las madres que tuvieron su hijo en el sector privado independientemente si eran menores o mayores de 20 años, mostraban tasas más elevadas de cesáreas que

Cuadro 2
Nacimientos vivos por características seleccionadas por tipo de parto
Puerto Rico, 1997

Característica	Tipo de Parto	
	Cesárea	Vaginal
Edad		
< 20	22.2	77.8
20 ó más	36.3	63.7
Total	22.4	66.6
Nivel de instrucción		
<12 años	27.0	73.0
12 años o más	42.0	58.0
Total	33.4	66.6
Paridad		
Primer hijo	35.1	64.9
Segundo hijo	36.0	64.0
Tercer hijo	32.3	67.7
Cuarto o más hijo	19.7	80.3
Estado civil		
Legalmente casados	39.1	60.9
Viven juntos	27.0	73.0
No viven juntos	25.7	74.3
Estado jurídico del niño		
Legítimo	39.1	60.9
Reconocido	23.1	76.9
Natural	26.9	73.1
Hospital ocurrió el parto		
Privado	42.8	57.2
Público	23.0	77.0
Otra	10.8	89.2

Fuente: Archivo de datos (cinta de computadora) de los nacidos vivos en 1997 que elabora el Departamento de Salud de Puerto Rico. Tabulaciones realizadas por la autora.

las que daban a luz en los hospitales clasificados como públicos. Aunque las madres de 20 años o más registraron tasas mayores de cesáreas en ambas instalaciones hospitalarias, estás eran más elevadas en los hospitales privados. Las tasas en el sector privado independientemente del grupo de edad de la madre fueron dos veces mayores que las registradas en las dependencias públicas (Cuadro 2).

Las madres con niveles educativos de 12 años o más presentan tasas de cesárea mayores (42.0 porciento) que las que tienen menos de 12 años de escuela completados (27.0 porciento). El riesgo de sufrir una cesárea es más o menos similar entre el primero y el tercer hijo. Aproximadamente una tercera parte de los partos de éstas madres fueron por cesárea.

Por otro lado las madres casadas legalmente parecen tener un riesgo mucho mayor de tener un parto quirúrgico que las unidas consensualmente y las solteras. Las mujeres legalmente casadas obtuvieron una tasa de cesárea de 39.1 porciento. Sin embargo, las parejas que viven juntos y las solteras documentaron un 27.0 y 25.7 porciento respectivamente.

El estado jurídico del niño y la niña al momento del nacimiento parece también guardar alguna relación con el hecho de que el parto termine en una cesárea. Los recién nacidos clasificados por el Departamento de Salud como hijos legítimos demostraron una tasa mayor de cesáreas (39.1%) que los otros dos estados jurídicos utilizados para categorizar los nacidos vivos a madres fuera de matrimonio, a saber, reconocidos (23.1%) y naturales (26.9%).

El cuidado prenatal

El cuidado prenatal es una medida preventiva de gran valor para detectar y controlar muchos de los problemas que surgen durante el embarazo y de esta forma reducir las complicaciones en el parto. Por consiguiente, se espera que un cuidado prenatal adecuado debiera resultar en una tasa de cesárea más baja en las madres que recibieron este tipo de atención. En esta investigación se evidenció que la incidencia de cesáreas aumentó aun cuando las madres recibieran un cuidado prenatal adecuado. Estos hallazgos están en consonancia con lo encontrado por Vázquez Calzada cuando analizó los nacimientos vivos ocurridos en 1991 en Puerto Rico (5) Se confirma que la tasa de cesárea aumenta en la medida en que se registra un incremento en el número de visitas prenatales realizadas y que la incidencia de cesáreas varía directamente con el trimestre en que se inició el cuidado prenatal y el índice de adecuacidad de Kessner. Este índice combina el trimestre en que comenzó el cuidado prenatal, el número de visitas realizadas por la madre y la duración del embarazo para producir los dos niveles de adecuacidad (adecuado e inadecuado).

Las madres que realizaron 20 ó más visitas de cuidado prenatal registraron una tasa de cesárea de

Cuadro 3
Nacimientos vivos por cuidado prenatal y tipo de parto, Puerto Rico, 1997

Característica	Tipo de Parto	
	Cesárea	Vaginal
Número de visitas prenatales		
Ninguna	12.6	87.4
1 - 4	19.2	80.8
5 - 9	25.4	74.6
10 - 14	36.3	63.7
15 - 19	46.7	53.3
20 ó más	54.4	45.6
Trimestre comenzó cuidado prenatal		
Ninguno	12.0	88.0
Primero	35.6	64.4
Segundo	26.3	73.7
Tercero	23.6	76.4
Adecuacidad del cuidado prenatal		
Inadecuado	30.1	69.9
Adecuado	44.7	55.3

Fuente: Archivo de datos (cinta de computadora) de los nacidos vivos en 1997 que elabora el Departamento de Salud de Puerto Rico. Tabulaciones realizadas por la autora.

54.4. Mientras que las que tenían solo de una a cuatro visitas prenatales obtuvieron una tasa de cesáreas de 19.2. Las madres que iniciaron el cuidado prenatal en el primer trimestre registraron una tasa de cesárea de 35.6 porciento. Por el contrario, a las que iniciaron el cuidado prenatal en el tercer trimestre les correspondió una tasa de 23.6 porciento (Cuadro 3). Las madres con un cuidado prenatal adecuado, según se desprende del índice de Kessner, registraron una tasa de 45 mientras que las que tuvieron un cuidado prenatal inadecuado sacaron una tasa de 30 porciento.

Las cesáreas y la condición del recién nacido

El número de niños (as) a nacer y en menor grado el peso al nacer guardan alguna relación con el parto quirúrgico. Conforme aumenta en más de uno los(as) niños(as) a nacer en el parto se incrementa la incidencia de este tipo de procedimiento médico. En los partos de un solo niño(a), uno de cada tres embarazos terminó en una cesárea, mientras que en los partos de gemelos esta cifra fue de un 68 porciento (Cuadro 4).

Los recién nacidos de muy bajo peso y los de peso elevado revelaron una incidencia mayor de partos por cesárea que los de un peso normal. Los nacidos vivos en 1997 con muy bajo peso tuvieron una tasa de cesárea de 45 mientras que la de los nacidos vivos con sobrepeso fue de 44 porciento.

Tanto la duración del embarazo como el valor APGAR a los 5 minutos del nacimiento vivo mostraron diferencias de menos importancia en cuánto a la incidencia de cesárea en contraste con las otras características del recién nacido mencionadas.

Riesgos médicos durante el embarazo y complicaciones del parto

El 22.5 porciento de las madres que parieron durante el año 1997 padecieron de algún riesgo médico durante su embarazo. Además el 16.4 porciento presentó al menos alguna complicación durante el parto.

Los riesgos médicos durante el embarazo guardan una relación mayor con la incidencia de un parto por cesárea que las complicaciones durante el parto. El 69 porciento de las madres con algún riesgo médico durante el embarazo terminó en una cesárea en contraste con un 23 porciento para las que no tuvieron ningún riesgo médico (Cuadro 5).

Los cinco riesgos médicos asociados al embarazo en orden descendente por las tasas de cesáreas mayores fueron: Eclampsia (67.5), Hipertensión crónica (63.3), Herpes genital (63.0), Hipertensión asociada con el embarazo (59.9) y Diabetes (57.5). Un total de 2,389 madres presentaron alguno de estos cinco riesgos médicos. Estos riesgos médicos fueron responsables del 11 porciento de las cesáreas (Cuadro 6).

Las complicaciones durante el parto explican aunque no tan notablemente como los riesgos médicos durante el embarazo una mayor incidencia de

Cuadro 4
Nacimientos vivos porcondición del recién acido y tipo de parto Puerto Rico, 1997

Característica	Tipo de Parto	
	Cesárea	Vaginal
Multiplicidad del parto		
Sencillo	32.8	67.2
Gemelos	67.7	32.3
Trillizos	92.6	7.4
Cuatro o más	100.0	0.0
Peso del niño al nacer		
Muy bajo peso	45.4	54.6
Bajo peso moderado	38.7	61.3
Normal	32.2	67.8
Sobrepeso	43.7	56.3
Duración del embarazo		
Pre Término	35.8	64.2
Término	33.0	67.8
Post Término	33.5	66.5
Valor Apgar (5 minutos)		
0 - 4	34.4	65.6
5 - 7	45.5	54.5
8 - 10	33.2	66.8

Fuente: Archivo de datos (cinta de computadora) de los nacidos vivoen 1997 que elabor el Departamento de Salud de Puerto Rico Tabulaciones realizadas por la autora.

partos por cesárea que aquellos que no tuvieron ninguna complicación. La tasa de 46 porciento fue para las madres con alguna complicación en contraste con la cifra de 31 porciento para las que no tuvieron complicación alguna (Cuadro 5).

Las cinco complicaciones durante el parto con el registro mayor de tasas de cesárea fueron en orden descendente las siguientes: desproporción cefalopélvica (95.9), disfunción uterina (93.4), complicación por anestesia (92.9), placenta previa (91.6) y presentación de nalgas (88.9). Estas cinco complicaciones se presentaron en 5,452 madres, siendo responsables las mismas del 25 porciento de las cesáreas. Es preciso señalar que la condición desproporción cefalopélvica (3,637) fue responsable por sí sola del 17 porciento de las cesáreas que se registraron durante el año 1997 en Puerto Rico (Cuadro 6).

Conclusiones y Recomendaciones

Preocupa que en Puerto Rico el número de cesáreas ha aumentado notablemente durante las últimas décadas. En los Estados Unidos se ha establecido una política pública para desalentar este procedimiento médico quirúrgico principalmente por el uso indiscriminado del mismo. Esta medida ha producido un descenso en las tasas de cesáreas. Sin embargo, a pesar de la situación tan apremiante esto no ha ocurrido en Puerto Rico.

El promedio anual de cesáreas en Puerto Rico fue de aproximadamente 20,000 entre los años de 1988 a 1997 y durante el 1997 uno de cada tres nacidos vivos en Puerto Rico fue por cesárea. Al presente como en el pasado, las cesáreas son más frecuentes en las instalaciones hospitalarias privadas que en las públicas. Por la reciente privatización de los servicios de salud en Puerto Rico un número cada vez mayor de los partos tendrá lugar en una dependencia hospitalaria privada. En 1997, 7 de cada 10 cesáreas ocurrió en este tipo de dependencia médica.

En los hospitales privados la tasa de cesárea fue de un 43 porciento en comparación con una tasa de 23 porciento en las instalaciones hospitalarias públicas del país. Con la excepción de los cinco municipios siguientes: Ciales, Guánica, Guayanilla, Manatí y Peñuelas las tasas de cesáreas para las madres residentes en el resto de los 73 municipios fueron más elevadas entre las que asistían a dependencias hospitalarias privadas. Las mayores tasas de cesárea se registraron en los municipios de Bayamón y Fajardo cuando se tomó en consideración el lugar de ocurren-

Cuadro 5
Nacimientos vivos por riesgos durante el embarazo y complicaciones durante el partoPuerto Rico, 1997

Característica	TipodeParto	
	Cesárea	Vaginal
Riesgos médicos del embarazo		
Ausentes	23.0	77.0
Presentes	69.1	30.9
Complicaciones durante el parto		
Ausentes	30.9	69.1
Presentes	46.2	53.8

Fuente: Archivo de datos (cinta de computadora) de los nacidos vivos en 1997 que elabora el Departamento de Salud de Puerto RicoTabulaciones realizadas por la autora.

Cuadro 6
Porciento de niños nacidos por cesárea de acuerdo a la presencia delos cinco principales riesgos médicos durante el embarazo y las cinco principales complicaciones del parto Puerto Rico, 1997

Riesgos y Complicaciones	Tasa de Cesárea	Número de Madres
Riesgos médicos del embarazo		
Eclampsia	67.5	79
Hipertensión crónica	63.3	315
Herpes genital	63.0	63
Hipertensión asociada al embarazo	59.9	1,129
Diabetes	57.5	667
Complicaciones del parto		
Desproporción cefalopélvica	95.9	3,637
Disfunción uterina	93.4	381
Complicaciones por anestesia	92.9	26
Placenta previa	91.6	185
Presentación de nalgas	88.9	1,223

Fuente: Archivo de datos (cinta de computadora) de los nacidos vivos en 1997 que elabora el Departamento de Salud de Puerto Rico Tabulaciones realizadas por la autora.

cia del evento independientemente del municipio de residencia de la madre.

Conforme aumenta el número de niños(a) por nacer, o un bajo peso o sobre peso del recién nacido se incrementa la posibilidad de un parto por cesárea. Los riesgos médicos durante el embarazo parecen influir más que las complicaciones durante el parto en la decisión de un parto por cesárea.

Se advierte que pueden existir otras consideraciones no médicas asociadas al incremento en la práctica de los partos por cesárea. Por ejemplo contrario a lo esperado, este tipo de procedimiento quirúrgico es más frecuente en el sector hospitalario privado donde acuden las mujeres de niveles socioeconómicos más altos. A mayor educación de la madre, así como el estar legalmente casada, aumenta el riesgo de un parto por cesárea. Las madres con un mayor número de visitas realizadas para cuidado prenatal, como las que comenzaron el cuidado prenatal durante el primer trimestre y las que tuvieron un cuidado prenatal adecuado según se desprende del Indice de Kessner presentaron mayores tasas de cesáreas.

Cabe preguntarnos entonces qué futuro tendrá está práctica en Puerto Rico cuando toda la población médico indigente cuente con la tarjeta de salud del gobierno que le permite acceso al sistema privado hospitalario. Es imperativo que se desarrolle un programa educativo en Puerto Rico dirigido a que las futuras madres comprendan las ventajas y deseabilidad de un parto vaginal versus la cesárea. Es importante reconocer la cesárea como una práctica quirúrgica deseable para los casos que médicamente lo necesiten y no como un medio alterno o sustituto al parto vaginal.

Asimismo deben revisarse los currículos de las Escuelas de Medicina y los cursos de Educación Continuada de modo que se refuerce e incorpore en mayor magnitud entre los galenos del país la práctica de un parto vaginal después de una cesárea.

Se estima que la incorporación de las enfermeras parteras como parte del equipo de trabajo en la atención de las embarazadas y en el parto podría contribuir significativamente al descenso en el número de cesáreas en Puerto Rico según se evidencia en otros países.

REFERENCIAS

1. Cesarean Fact Sheet. http://www.parenthoodmed.com/Library/csecfact.htm
2. How many cesareans are safe? - Pregnancy/Birth. http://pregnancy.about.com/health/pregnancy/library/blmultiple sections.htm
3. VBAC/Cesarean. http://www.bestfed.com/childbirth/archives/vbac.html
4. National Vital Statistics Reports. December 2, 1999; 47(27). Table 2
5. Vázquez Calzada J.L. Los Partos por Cesárea. CIDE, Diciembre 1993; Núm. XVII.

Nota: *El Departamento de Salud de Puerto Rico anunció el lunes 25 de septiembre de 2000 que las tasas de cesáreas para los años 1998 y 1999 eran 35.1 y 37.8 porciento respectivamente.*

LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

UN RETO PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA [1]

Carmen N. Vélez, PhD, Catedrática, Janice Vega, MPH;
Diana Torres, MPH, Zulema E. Martínez, MPH, María del Carmen Sánchez, MPH
Ángela E. Fumero, MPH, Elsa Ríos, MPH, Sonia M. Cardona, MPH;
Luz V. González, MPH, Adis Umpierre, MPH, Ayleen Godreau, MPH,
Departamento de Bioestadística y Epidemiología,
Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas

Introducción

La violencia doméstica está considerada como un problema de salud pública que afecta a muchas mujeres y a sus familias tanto en Estados Unidos (EU), como en el ámbito mundial. En los países en los que se han realizado estudios sobre su prevalencia se reportan cifras alarmantes. La violencia doméstica tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales, entre las que se pueden mencionar: homicidio, lesiones graves, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, vulnerabilidad a las enfermedades, suicidio, problemas de salud mental, efectos en los niños derivados de haber presenciado actos de violencia, costos agregados de atención de salud y efectos sobre la productividad y el empleo (1).

En el 1985 el ex Cirujano General de los Estados Unidos General C. Everrett Koop, catalogó la violencia doméstica como problema de salud pública, estimulando a las comunidades a desarrollar programas de intervención. Desde entonces, varias organizaciones, como el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) se han dedicado a crear programas para tratar de prevenir y controlar este problema. En el 1993 el CDC estableció el "Family and Intimate Violence Prevention Team" como parte del Centro Nacional de Prevención y Control de Trauma, cuyo propósito principal es analizar los problemas de abuso familiar (2). Algunas de las actividades y proyectos patrocinados por el CDC incluyen el desarrollo de definiciones uniformes de violencia doméstica, y de programas comunitarios con el propósito de evaluar la respuesta comunitaria para reducir la violencia doméstica.

El CDC tiene un sistema de vigilancia en siete estados para el monitoreo de heridas por armas de fuego y las conductas de riesgo relacionadas. Esta agencia además realiza encuestas nacionales telefónicas para estimar la incidencia y la prevalencia de abuso físico y sexual, al igual que los costos que conllevan. Estos evalúan la relación entre la experiencia de violencia, factores de riesgos y estrés psicológico entre los niños, factores de riesgo asociados a la violencia interpersonal entre los adolescentes y los efectos del abuso psicológico y físico en las mujeres (3). En Puerto Rico (PR), sin embargo, no se han desarrollado estudios similares.

En PR la violencia doméstica es

usualmente tipificada como un comportamiento delictivo pero esta constituye además un serio problema de salud para la familia puertorriqueña. Según la Ley 54 del Código Penal de PR Artículo 103 del 15 de agosto de 1989, la violencia doméstica es un "patrón de conducta constante de empleo de fuerza física o violencia psicológica, intimidación o persecución contra una persona, por parte de su cónyuge, ex-cónyuge, una persona con quien cohabita o haya cohabitado; con quien sostiene o haya sostenido una relación consensual o una persona con quien se haya procreado, para causarle daño físico a su persona, sus bienes o a la persona de otro para causarle grave daño emocional". En PR, entre 1989 y 1998, este delito representaba el 21.89% del total de delitos cometidos en ese período (4).

El costo social que la familia tiene que pagar por la violencia doméstica es muy alto, las marcas emocionales que deja este problema son imborrables y continuarán afectando las futuras generaciones. Por tal razón, es necesario investigar este fenómeno que está afectando tanto a la familia puertorriqueña.

Magnitud de la violencia doméstica

La violencia doméstica ataca el fundamento de toda sociedad, la familia. El Departamento de Justicia de EU estimó que el 95% de los ataques de esposos o ex-esposos son cometidos por hombres a mujeres (5). En EU durante 1992, 3.9 millones de mujeres casadas o que convivían con su pareja fueron abusadas físicamente por sus cónyuges (6). Se estima que entre 8.3 y 11.3 de cada cien mujeres en los EU son maltratadas por sus esposos o novios anualmente (7).

En uno de cada tres incidentes de violencia doméstica se han utilizado armas de fuego y una de cada tres mujeres ha resultado herida (8). Una de las formas de identificar personas que han sufrido este tipo de maltrato es mediante las visitas a las salas de emergencia de los hospitales. En EU de 7% a 30% de las mujeres que visitan dichas salas lo hacen por motivo de incidentes de violencia doméstica (2).

En PR con la creación e implantación de la Ley # 54 se ha intentado brindar apoyo, protección y orientación a las víctimas de violencia doméstica. A pesar de dichos esfuerzos el aumento de casos de violencia doméstica es alarmante. La Comisión para los Asuntos de la Mujer indicó que una de cada tres mujeres será víctima de violencia doméstica en algún momento de su vida y que el 52% de las mujeres asesinadas en PR han muerto a mano de sus esposos o compañeros (9). Los casos de violencia doméstica en San Juan representan el 75% de los casos que maneja la Oficina de Asuntos de la Mujer (10). Según datos de la Policía de PR en 1993 se registraron 17,873 casos de violencia doméstica, en 1994, 18,079, en 1995, 19,411, en 1996 19,132 y en 1997 21,217 (10). Los asesinatos a mujeres por motivo de estos incidentes para 1993 fueron 42, para 1994, 30, en 1995, 38, en 1996, 34, en 1997, 34 y en 1998, 29 (10).

En PR se han realizado pocos estudios y existen pocas estadísticas sobre violencia doméstica. Solo existe un estudio en el ámbito nacional (11) en el que se recopilan datos de violencia doméstica. En el se incluyeron tres preguntas relacionadas al tema. Aunque estas proveen un marco general de la problemática en Puerto Rico, es claro que se necesitan más estudios para conocer mejor los subgrupos de la población con alto riesgo y/o prevalencia de violencia doméstica.

En los hallazgos de la encuesta reproductiva realizada en PR entre 1995 y 1996 se menciona que del total de mujeres entrevistadas entre las edades de 15 a 49 años (las que tienen o tenían pareja) el 48.19 porciento reportaron haber sufrido maltrato. De las 438 mujeres de 25 a 34 años el 52.75 porciento reportan haber sufrido de maltrato físico y emocional por parte de sus esposos o compañeros, les siguen las edades de 15 a 24 años que de 210 entrevistadas el 47.28 porciento reportó maltrato y finalmente de las 620 mujeres de 35 a 39 años el 41.51 porciento reportó maltrato (11).

Las estadísticas de violencia doméstica no representan la realidad de la magnitud del problema debido al sub-reporte de casos. En la encuesta nacional del crimen realizada en EU, casi la mitad de los casos encontrados (48%) no fueron reportados a la policía (6). Las estadísticas oficiales que existen, subreportan la condición por falta de detección, debido a que la mujer no busca ayuda de servicios policiales o sanitarios posiblemente por vergüenza, temor, o por factores culturales y socioeconómicos. Muchas veces la mujer no reporta los actos de violencia por la naturaleza privada de esos eventos, el estigma social asociado y la creencia de que no sirve de nada informarlo (12). Otra posible razón para el sub-reporte está en las limitaciones de la definición legal de violencia doméstica, en la que ofensas que deberían ser catalogadas como actos de violencia doméstica no sean contabilizados como tal, por ejemplo, muchos eventos de maltrato emocional pasan desapercibidos. Además, si la mujer tiene un diagnóstico psiquiátrico, podrían enfrentarse a la pérdida de la custodia de sus hijos y que su esposo alegue que los problemas son causados por la condición de la esposa (13).

La violencia doméstica no solo afecta a la mujer, también afecta a sus hijos. El abuso de niños se ha reportado en un 33% a 55% de las familias en que ocurren episodios de

violencia doméstica (2). Cuando el maltrato surge o se agudiza durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, daño y muerte fetal. El abuso durante el embarazo está asociado a depresión mayor de la madre, intentos suicidas, utilización de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (14). La prevalencia de maltrato en la mujer embarazada es de 3.9 a 8.3, mayor que entre las mujeres no embarazadas (15). Existe además un riesgo cuatro veces mayor en las mujeres embarazadas maltratadas de tener niños bajo peso al compararlas con mujeres embarazadas no maltratadas (16).

Impacto de la violencia doméstica

Algunos estudios proveen evidencia sobre las dimensiones de la violencia doméstica que pueden tener impacto en la salud de las víctimas así como sobre la influencia que pueda tener en sus vidas y en su salud mental. Estos estudios abordan el impacto de la violencia doméstica, el cual va mucho más allá de ser un mero incidente y se refleja en el estado de salud de la víctima. Estas consecuencias pueden incluir desórdenes gastrointestinales, desórdenes psiquiátricos, intervenciones quirúrgicas y en muchos casos hasta la muerte (18, 19, 20, 21).

La violencia doméstica es la principal causa de lesiones en las mujeres de 15 a 44 años en EU (22). Es además una de las mayores causas de pérdida del hogar, crímenes violentos entre los jóvenes y abuso de substancias controladas. El 93% de las víctimas de violencia doméstica son mujeres (23) Las mujeres abusadas físicamente, frecuentemente enfrentan lesiones severas y el 22 - 35 % de las mujeres que visitan la sala de emergencia de algún hospital lo hacen debido a lesiones relacionadas a abuso por parte de su pareja (24).

Otra dimensión que merece igual evaluación al estudiar la violencia doméstica es el impacto que ésta causa en la economía de los países, que tienen que afrontar grandes gastos tanto en cuidados médicos directos, como en refugios para las víctimas, en programas de orientación y prevención, en el mantenimiento de sistemas de vigilancia y de base de datos y en líneas telefónicas para el reporte de casos y consultoría. Estos esfuerzos, en unión a la de organizaciones de base comunitaria, al diseño de legislación dirigida a la protección de las víctimas y al procesamiento del agresor, responden a un enfoque salubrista para solucionar el problema de violencia doméstica (25). Además se ha recomendado la política de desarrollar protocolos para la identificación, tratamiento y referido de víctimas de violencia doméstica en las salas de emergencia de los hospitales (26).

En EU los costos relacionados a la violencia doméstica alcanzan cifras muy elevadas. Estos costos se dividen en diferentes áreas como servicios médicos, servicios legales, educación, prevención y líneas telefónicas de emergencia, entre otros. En términos generales, se cree que se gasta de 5 a 10 billones de dólares anualmente en Estados Unidos en problemas relacionados a la violencia doméstica (23). De éstos, alrededor de $3-5 billones se usan en la atención médica requerida a consecuencia de incidentes de violencia doméstica. La Organización Mundial de la Salud indica en un informe de 1998 que la atención ambulatoria para mujeres con historial de agresión sexual o física cuesta 2.5 veces más que la atención a otras mujeres (1). Esto es así ya que según los estimados del "National Violence Against Women Survey", el 18-30 % de las mujeres víctimas de abuso físico reciben más de un tratamiento médico, tales como hospitalización y terapia física, y también reciben tratamiento más de una vez (27).

El Instituto Nacional de Justicia (INJ) y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CPE) patrocinaron una encuesta telefónica con una muestra representativa de la nación americana (8,000 mujeres y 8,000 hombres) sobre violencia en contra de la mujer durante los meses de noviembre de 1995 a mayo de 1996. Esta encuesta reveló además que, en promedio, las mujeres víctimas de abuso físico pasan 8.5 noches en el hospital y tienen 18.5 sesiones de terapia física (28). En promedio, se facturan $1,633 por persona por año, por servicios médicos ofrecidos a niños, mujeres y personas mayores abusadas (28).

En EU los incidentes de violencia doméstica traen también pérdidas causadas por ausencias al empleo y baja productividad, que significan otros $100 millones (29). En Canadá, mediante una encuesta nacional, el Centro de Investigaciones de Violencia contra la Mujer y Niños, encontró que el 30% de los incidentes de agresión a esposas que les fueron notificados consumieron tiempo de las actividades regulares del trabajo y el 50 % de las mujeres que fueron lesionadas tomaron licencia por enfermedad (1).

Factores de Riesgo

La mayor parte de los factores de riesgo estudiados con relación a la violencia doméstica son de carácter sociodemográficos. Estos incluyen: sexo, edad, grupo étnico, estado marital y factores de carácter socioeconómico. Otros factores de riesgo para la violencia doméstica, que se incluyen en los estudios son el embarazo y conceptos sociopsicológicos, como lo son la distribución del poder en la relación y la calidad y la capacidad de manejar problemas dentro de la relación.

1. Factores Sociodemográficos

a. Sexo

Según los resultados de la encuesta del INJ y el CPE mencionada anteriormente el 18% de las mujeres en los Estados Unidos reportaron haber sido violadas, mientras que el 52% reportaron haber sido abusadas físicamente, en algún momento de sus vidas. Este evento abusivo se pudo haber dado ya sea, en la niñez de la mujer, o en su vida adulta.

En la encuesta del INJ y el CPE, el 25% de las mujeres reportaron que fueron abusadas físicamente y/o violentadas por sus esposos actuales o compañeros de convivencia, comparado con un 8% de los hombres. Del porciento de las mujeres que reportaron ser abusadas físicamente, el 32% reportaron trauma físico, comparado con el 16% de los hombres. La encuesta también reveló que la mayoría de los actos violentos fueron llevados a cabo por hombres, ya que el 93% de las mujeres y el 86% de los hombres fueron violentados por personas del sexo masculino (27). Además Bachman (12) reporta que comparado con los hombres, las mujeres experimentan 10 veces más abusos de violencia doméstica por sus compañeros íntimos.

El factor de riesgo más importante para ser víctima de violencia doméstica es ser mujer, ya que aproximadamente el 95% de las víctimas de violencia doméstica son mujeres (30). Las estadísticas del Departamento de Justicia de EU revelan que dos terceras partes de los abusos en contra de las mujeres fueron cometidos por personas allegadas a ellas (28% esposos o novios, 35% conocidos y 5% otros familiares) (31). Este dato es parecido al reportado por el INJ y el CDC, donde el 76% de las mujeres fueron abusadas físicamente o violadas por su esposo o compañero consensual, el 17% por conocidos, como amigos, vecinos o compañeros de trabajo y solo el 14% fueron abusadas por un extraño.

b. Edad

La violencia doméstica es más prevalente en mujeres de edad reproductiva. En la encuesta del INJ y CPE realizada por teléfono en EU se obtuvieron los siguientes resultados: del total de mujeres que reportaron haber sido violentadas, el 21.6% tenía menos de 12 años, el 32% de 12 a 17 años, un 29.4% tenía de 18-24 años y las que tenían más de 25 años representaban un 16.6 % (27).

Según Olson (32) las víctimas de violencia doméstica tienen un rango de edad de 15 a 61 años (media 28.5 años). Estos datos fueron obtenidos de un estudio prospectivo en un grupo de mujeres de 15 a 70 años de edad, quienes se presentaron a un centro de trauma urbano durante un período de tres meses en 1994, reportándose un total 4,073 casos de violencia doméstica.

La diferencia de edades entre la pareja se asocia a un mayor riesgo de cometer homicidios contra la mujer. En un estudio realizado por Mercy et al, se evaluó una muestra de 16,595 homicidios cometidos por cónyuges y se encontró que las mujeres que eran de 5-9 años más jóvenes que sus esposos tenían más riesgo de ser víctimas de homicidios por sus esposos que las mujeres 5 años menores que sus esposos (33).

En la Encuesta de Salud Reproductiva de PR constituida por una muestra de 5,944 mujeres en edades entre 15-59 años un 48.19 porciento de las mujeres reportaron haber sido agredidas físicamente. De éste (48.19%) el 16 porciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas, entre las edades de 25-34 años, reportaron haber sido empujadas, golpeadas o insultadas y un 34 porciento entre 15-24 años y un 48 porciento entre las edades de 35-49 años informó algo similar (11).

c. Grupo étnico

En la encuesta telefónica realizada por INJ y CPE entre mujeres de diferentes razas y trasfondo étnico, en la que se tomó una muestra representativa de mujeres en los Estados Unidos, la prevalencia que se reportó de violencia y abuso físico fue estadísticamente diferente por grupo étnico. Las mujeres indias nativas americanas e indias nativas de Alaska fueron las que más reportaron violaciones y abuso físico (64.3%), mientras que las mujeres de las islas del Pacífico y Asia son las que menos reportaron violencia doméstica (51.9%). Las mujeres hispanas reportaron menos incidentes de violencia doméstica que las no hispanas (54.9%, 55.9%; respectivamente) (27).

En un estudio de prevalencia efectuado por investigadores del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Texas se encontró un riesgo menor de abuso físico en mujeres no hispanas que en mujeres negras usuarias de alcohol (OR=3.0 y OR=6.0 respectivamente) y drogas (OR=2.1 y OR=3.7 respectivamente). La población estudiada fue de 501 mujeres embarazadas de tres culturas distintas: hispanas, no hispanas y negras (34).

Los hallazgos encontrados por Wagner et al (35), revelaron que la exposición de abuso se mantiene similar entre negras, blancas, mujeres que residen en zonas rurales y urbanas. Sin embargo, la manera de enfrentar el problema es diferente entre cada grupo. Las mujeres de raza negra responden con violencia a los abusos físicos de su pareja, mientras que las de raza blanca no responden con violencia a los abusos físicos a los que son sometidas. Estos resultados fueron obtenidos a

través de un estudio retrospectivo utilizando una muestra de 407 mujeres en una clínica de medicina de familia de la Escuela de Medicina de Georgia.

De 290 mujeres embarazadas seleccionadas al azar de clínicas públicas y privadas de Texas se encontró que el 78% eran latinas y el 22% eran de raza negra; de este total 24% mujeres fueron abusadas durante su embarazo. La distribución observada en cuanto a etnicidad en violencia doméstica en este estudio fue el siguiente: 29.2% negras, 33.3% latinas, 33.3% blancas y 4.2% otras (36).

d. Nivel Socioeconómico y Educativo

La relación entre nivel socioeconómico y violencia doméstica no está claramente establecida en la literatura. En cuanto al nivel socioeconómico del agresor, en un estudio realizado en 602 mujeres casadas residentes de Maryland a través de una encuesta aleatoria, se reportó una asociación entre nivel educativo bajo y la violencia doméstica. En este estudio solo el 14% de los hombres abusivos tenían un octavo grado de educación o más comparados con el 86% de los que nunca abusaron de sus esposas las cuales tenían una educación mayor. Se reportó además que el 16% de las mujeres casadas de bajo ingreso (menos de $10,000) fueron abusadas alguna vez en su vida comparadas con el 6% de las mujeres que tenían un ingreso mayor de $10,000 anuales (37).

En Puerto Rico se llevó a cabo un estudio con 225 mujeres que recibían asistencia del programa especial de alimentos suplementarios para mujeres e infantes en 1995. En éste se encontró que en cuanto a nivel socioeconómico, las mujeres que aportaron salarios de $100-$199 semanales tenían una puntuación promedio más alta de maltrato físico, en comparación con los restantes subgrupos de mayor aportación económica. El hecho de que la entrevistada recibiera asistencia pública se encontró asociada a una mayor incidencia de maltrato físico. (38).

e. Zona Residencial

La diferencia por zona urbana o rural en las prevalencias de violencia doméstica no se ha estudiado frecuentemente en la literatura. Un estudio efectuado en Nicaragua reveló que las mujeres que vivían en zonas urbanas experimentaban más violencia doméstica que las que residían en zonas rurales. No obstante se especula que estos resultados podrían deberse a un subreporte de casos en la zona rural (39).

f. Otros Factores de Riesgo

Varios otros factores se han estudiado con relación a la violencia doméstica. Entre estos el embarazo es uno importante. Según estudios descriptivos en Estados Unidos de 4% a l7% de las mujeres embarazadas han sido atacadas por su pareja durante y después de su embarazo (2). Otro estudio señala que del 10% al 32% de las mujeres que buscan cuidado prenatal han tenido historial de abuso (40). En este estudio se utilizó el diseño de caso-control, se escogió una muestra de 742 mujeres embarazadas de la población total y se realizó en la clínica de obstetricia de la Universidad de Virginia. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (40). Otro estudio (41) de carácter prospectivo entre mujeres áfrico-americanas, hispanas y blancas reveló que el 17% de las mujeres entrevistadas habían sido abusadas durante su embarazo. De este 17%; un 52% eran negras, 32% eran hispanas y el 36% eran mujeres blancas. El estudio se realizó en clínicas publicas prenatales de Houston y Baltimore utilizando un cuestionario para detectar abuso.

2. Factores socio-psicológicos

a. El poder en la relación

El balance del poder en la relación marital o "empowerment" es un concepto multidimencional que se ha investigado en la literatura como un factor de riesgo para la violencia doméstica (42). Babcock et al. (43), divide el poder en la relación en tres aspectos básicos: bases, procesos y resultados. Las bases del poder son las características personales, los recursos que una de las partes aporta a la relación e incluye aspectos económicos, de conocimiento, destrezas y virtudes. El control que uno de los componentes de la pareja pueda ejercer sobre otro es una de las bases del poder en la relación, las cuales incluyen definiciones culturales o roles ligados al género, recursos afectivos, como el nivel de envolvimiento o independencia, recursos personales, como la apariencia física y recursos cognoscitivos (43,44). Los procesos del poder son las técnicas interacciónales de la pareja como la asertividad, la persuasión, las técnicas de resolución de problemas o las demandas que utiliza el individuo para obtener el control. El resultado del poder en la relación está relacionado con quien toma la decisión final, o quien gana. Por otro lado, el poder decisional en un área (por ejemplo, sexual) no necesariamente implica tener poder en otras áreas (por ejemplo, económico) (42).

Para medir poder en la relación marital varios investigadores (38,42,43) utilizan desigualdades en la toma de decisiones de la pareja. Una medición efectiva debe cumplir con cuatro condiciones: que el tema sea de importancia para toda la familia, incluir áreas decisionales balanceadas entre decisiones de la mujer y del hombre, que la decisión afecte a la familia por completo y que sea aplicable para los distintos tipos de familia. En el estudio de Centers et al (42), se utilizó este concepto,

incluyendo preguntas acerca de decisiones tales como: qué cenará la familia, qué programa de radio o televisión sintonizar, qué carro comprar, si se debe adquirir seguro de vida, el tipo de casa o apartamento que deben elegir, la elección del tipo de trabajo del hombre y/o la mujer y si ésta debía trabajar, la elección de médicos y el lugar dónde vacacionar, entre otras. Se encontró que el poder del marido disminuye con la edad, con la duración del matrimonio y cuando hay segundas nupcias, pero aumenta con el nivel de ocupación y de educación. Además se encontró que el tener personalidad autoritaria (variable de personalidad utilizada) está relacionado significativamente con el ejercicio de poder en el matrimonio.

En la literatura se ha examinado el poder económico como base para la violencia doméstica, y se ha encontrado que mujeres con trabajos de mayor remuneración y mayor nivel de educación que sus esposos, experimentan mayor amenaza de violencia (de por vida), que las esposas con ocupaciones similares a sus compañeros. En dicho estudio se midió el poder en una escala y se encontró relación entre el poco poder en la toma de decisiones en la pareja masculina y el alto grado de violencia de parte del hombre hacia su pareja (42).

En todas las teorías psicoanalíticas y sociológicas acerca de la violencia doméstica, las explicaciones están centradas en relaciones con desigualdad en el poder (20). En términos del resultado del poder, se ha encontrado que el poder decisional está asociado con la satisfacción marital. En la literatura se reporta que en las parejas donde el marido dominaba la toma de decisiones, la esposa era abusada tres veces más que en las relaciones de parejas donde ambos deciden, contrastando con ocho veces mayor la frecuencia de violencia en relaciones en donde la mujer dominaba la toma de decisiones (44). Al tomar en consideración parejas donde hay pocos desacuerdos maritales, no hay diferencias entre la violencia hacia la mujer con esposo dominante, mujer dominante o ambos. Cuando se añade la tensión de mucho desacuerdo entre la pareja, en las relaciones dónde la mujer es dominante, se reporta más violencia hacia la esposa (45).

De acuerdo con Leonard & Senchak (44), la creencia de que ambos en la relación tienen igual poder, aparenta ser factor protectivo contra la violencia marital. Otro aspecto, que sirve tanto como base y como parte del proceso del poder, son las destrezas de comunicación marital (déficit de comunicación). Cuando la esposa es más competente verbalmente que el marido, la única forma de expresión efectiva del esposo suele ser la agresión física. Las diferencias por género en este patrón de conducta se pueden atribuir a los estereotipos, donde el hombre tiene mayor control para obtener lo que quiere, mientras que la mujer, con menor poder, utiliza presión psicológica para influenciar en el comportamiento de su pareja. Además, el hombre mantiene el poder que tiene sobre la mujer utilizando los recursos que ella desea, como el envolvimiento, acercamiento, o un cambio en su comportamiento (43). Muchas normas culturales y políticas y prácticas sociales también limitan las posibilidades que tiene la mujer para dejar la relación y apoyan la violencia doméstica.

b. Barreras para denunciar la violencia doméstica

Las barreras para denunciar abuso y recibir atención médica a las que se enfrentan las víctimas de violencia doméstica son complejas y variadas. Una agravante del problema de violencia doméstica es que las mujeres que son víctimas de maltrato tienden a permanecer calladas sobre su situación y a no acusar a su pareja por miedo a ser nuevamente violentadas (47). Existen una serie de factores los cuales influyen en las mujeres y provocan que esta permanezca callada y no busque ayuda, tales como: miedo a que se intensifique la violencia, vergüenza, baja autoestima, factores sociales como obligación con su familia o pareja y factores relacionados con el sistema de salud como dependencia económica, los costos elevados del cuidado de salud y largo periodo de espera (47).

La mayor barrera para el acceso a cuidado médico manifestada por las mujeres maltratadas que participaron en un grupo focal, es que su pareja no les permite buscar ayuda médica. Las barreras relacionadas al sistema de cuidado médico incluyen la falta de tiempo, miedo de ofender a la paciente por preguntarle acerca del abuso, creencia de que no pueden ayudar, falta de continuidad con la paciente y falta de educación acerca del tratamiento y detección. Entre las barreras de la paciente se encuentra la vergüenza, el miedo a la reacción de los demás, negación, miedo de las posibles repercusiones con su pareja, miedo a la policía, falta de recursos financieros y miedo a que la familia se separe (48).

En un estudio realizado por Hamberger, et al. (48). Se entrevistaron 115 mujeres que fueron agredidas por su pareja. Estas mujeres fueron reclutadas tanto de grupos de apoyo como de otros grupos que le ofrecen ayuda a mujeres maltratadas en el sureste de Wisconsin. Más de la mitad (54%) de las participantes informaron haber visitado a un médico por alguna lesión física resultado de maltrato, de estas 53% utilizó la Sala de Emergencia y un 43% visitó al médico en su oficina privada. El 56% de las mujeres en este estudio reveló que los médicos aceptaban con suma facilidad cualquier explicación falsa sobre cómo ocurrió la lesión y un 45% indicó que los médicos trataban las lesiones sin preguntar como ocurrieron. Al

examinar el aspecto emocional un 10% manifestó que los médicos las atendían como si estuvieran molestos con ellas y un 3% comentó que su médico hacía chistes relacionados a la violencia doméstica durante el examen médico.

El género del médico puede determinar la actitud hacia las pacientes de violencia doméstica (50). Los médicos varones, están menos interesados en asuntos de violencia doméstica que sus colegas mujeres. Los médicos del género femenino evitan diagnosticar víctimas de violencia doméstica entre sus pacientes femeninas. Este mecanismo de protección es más común con pacientes blancas de clase media-alta que reflejan un status racial y socioeconómico parecido al de las médicas del género femenino.

Robert I. McAfee, antiguo presidente de la AMA, expresó que: "Menos de un 10% de las veces no nos tomamos el tiempo extra para ir más allá del mero tratamiento de los problemas médicos y quirúrgicos de la violencia doméstica y de esa manera tratar de prevenir el próximo episodio" (51). Las restricciones de tiempo pueden ser una barrera para realizar trabajos eficientes con pacientes maltratadas. Muchos médicos sienten que el tiempo para intervenir efectivamente es inadecuado cuando la paciente revela abuso (52). Los proveedores primarios frecuentemente son penalizados (por sus jefes) por pasar demasiado tiempo con sus pacientes (13).

Conclusión

Definitivamente la violencia doméstica es un problema de salud pública que se expresa en todas las culturas, razas, ocupaciones y niveles económicos. Requiere de soluciones inmediatas disponibles para las víctimas además de acciones que a largo plazo logren disminuir la prevalencia de esta conducta en nuestra sociedad

El entender la conducta de violencia doméstica en diversas comunidades de la población es un paso importante para la erradicación de la violencia doméstica en contra de la mujer. En Puerto Rico existe solo un estudio con una muestra representativa de la Isla que provee alguna información sobre la prevalencia de este problema en la Isla. Se necesitan más estudios que identifiquen los subgrupos de mujeres que están más a riesgo y que ayuden a identificar mejor los factores de riesgo asociados a esta conducta. Es importante la participación de médicos y de investigadores de comunidades minoritarias en estas investigaciones. En investigaciones sobre prácticas clínicas se observa que el fallo en la detección de la información necesaria sobre la violencia, se agrava por factores socioeconómicos y culturales, que no se pueden separar de la violencia doméstica.

Para minimizar las barreras que le surgen a las víctimas de violencia al momento de buscar ayuda (como por ejemplo el silencio), son necesarios estudios que enfocados en los orígenes del silencio de las mujeres y en el establecimiento de mejores relaciones de paciente-proveedor, ayuden a romper ese silencio. Se deben incluir en el currículo de los médicos estudios sobre los factores que afectan la violencia doméstica tales como desigualdades en nivel socioeconómico y educativo y entender mejor las barreras que existen para reconocer el problema para poder realizar una mejor detección de los casos que se presentan en las clínicas.

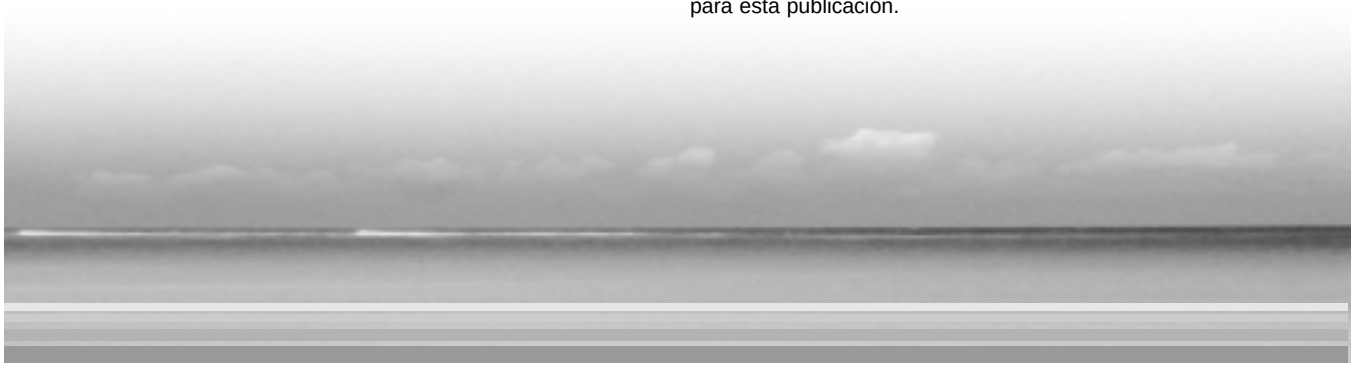
La educación a médicos y a profesionales de la salud es un paso importante, pero no es suficiente para la prevención y erradicación de la violencia doméstica. Para lograr calidad en el cuidado se requieren cambios en la educación de los proveedores médicos, cambios en la estructura de cuidado de salud, recursos comunitarios y cambios en las fuerzas sociales que permiten que las mujeres sean abusadas.

Referencias

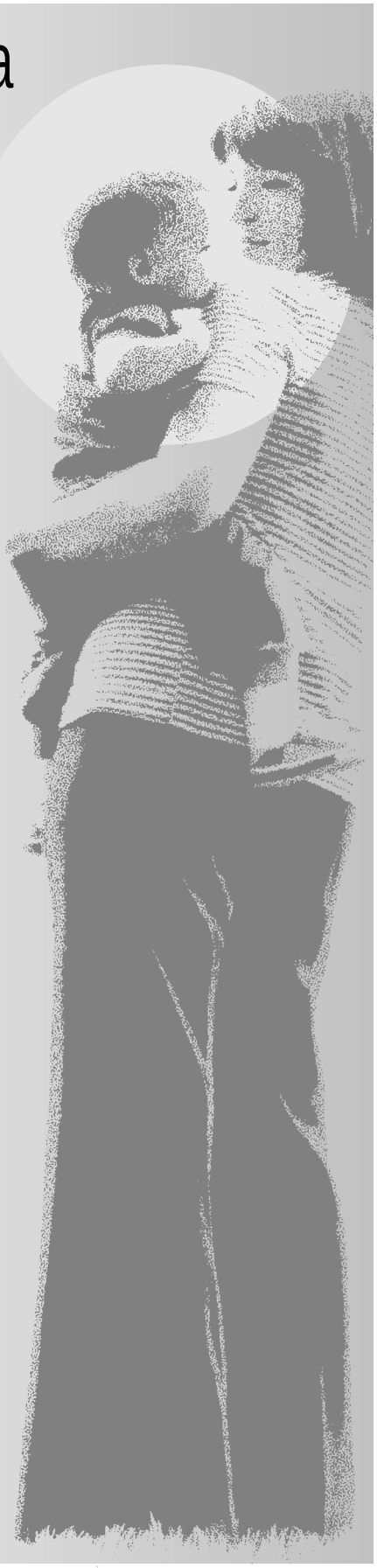
1. WHO-Women's Health and Development. Violencia contra la mujer: Un tema de salud pri-oritario.http:// www.who.int/frh-whd/VAW/infopack/Spanish/violencia infopack.htm última revisión: 4/11/98 fecha de acceso: 23/5/99.
2. Bullock K, Shorstein S. Improving Medical Care for Victims of Domestic Violence. Hospital Physician 1998; 34 (9):42-58.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Division of Violence, 1999.
4. Policía de Puerto Rico. División de Estadísticas. Perfil de la Violencia Doméstica en Puerto Rico. San Juan, 1998.
5. Zawitz M. Highhlights from 20 years of Surveying Crime Victims: the National Crime Victimization Survey, 1973-1992 . Washington DC: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, Oct 1993.
6. The Commonwealth Fund. First Comprehensive National Health Survey of American Woman. New York. July 1993.
7. Plichta SB, Duncan M.M. Plichta L. Spouse Abuse, Patient-physician Communication, and Patient Satisfaction. Am J Prev Med 1996; 12(5):297-303.
8. Strauss MA. Medical Care Cost of Intrafamily Assault and Homicide. Bull NY Acad Med 1986; 62(5):556-560.
9. Comisión para los Asuntos de la Mujer. Oficina del Gobernador. Perfil de la violencia doméstica en Puerto Rico. Enero - Diciembre 1997.
10. Berríos H. Intolerables los casos en San Juan. El Vocero. 25 Nov.1997:20.
11. Encuesta de Salud Reproductiva 1995-1996. Resumen de los hallazgos. Escuela Graduada de Salud Pública. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico. Mayo 1998.
12. Bachman R, Saltzman L. Violence Against Women: Estimates from the Redesigned Survey. Special Report-U.S. Department of Justice. August 1995.
13. Warshaw C. Domestic Violence: Changing Theory, Changing Practice. JAMWA 1996; 51(3):87.
14. Mezey GC, Dewley S. Domestic Violence and Pregnancy. BMJ. 1997; 314(7090):1295.
15. Mayer L, Liebschutz J. Domestic Violence in the Pregnant Patient; Obstetric and Behavioral Interventions. Obstet-Gynecol-Survey. 1998; 53(100):627-635.
16. Mc Farlane J, Parker B, Soeken K. Abuse During Pregnancy: Association with Maternal Health and Infant Birth Weight. Nurs Res. 1996; 45(1): 37-42.
18. Leserman J, et al. Impact of Sexual and

Physical Abuse Dimensions on Health Status: Development of an Abuse Severity Measure. Psychosom Med. 1997; 59(2):152-60.
19. Leserman J, et al. Selected Symptoms Associated With Sexual and Physical Abuse History Among Female Patients with Gastrointestinal Disorders: The Impact on Subsequent Health Care Visits. Psychol Med. 1998; 28(2):417-425.
20. Roberts GL, et al. The Impact Of Domestic Violence on Women's Mental Health. Aust NZJ Public Health. 1998 ; 22(7): 796-801.
21. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too Far, Too Little, Too Late: A Community-Based Case Control of Maternal Mortality in Rural West Maharashtra, India. Bull World Health Organ. 1998; 76(6): 591-8.
22. Uniform Crime Reports, Federal Bureau of Investigations. Violence Against Women Act, Violence Against Women Office. 1991.
23. Chambliss LR. Domestic Violence: A Public Health Crisis. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1997; 40(3): 630-638.
24. Adams D. Identifying the Assaultive Husband in Court: You the Judge. Boston Bar Journal July/August 1989: 33-34.
25. Uniform Crime Reports, Federal Bureau of Investigations. Violence Against Women Act, Violence Against Women Office, 1994.
26. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Accreditation Manuals for Hospitals. Vol 1. Standards. Oakbrook Terrace Illinois Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1992: 21-22.
27. Tjanden P, Thoennes N. Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey, National Institute of Justice. Centers for Disease Control and Prevention, Nov 1998; 1-5.
28. Langan PA, Innes CA. Preventing Domestic Violence Against Women. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. Washington, DC. 1986.
29. Domestic Violence for Health Care Providers, 3rd Edition, Colorado Domestic Violence Coalition. 1991.
30. El- Bayoumi G, Borum M, Haywood Y. Domestic Violence in Women. Medical Clinic of North America. 1998;82(2): 391-401.
31. Bachman R. Violence Against Women: A National Crime Victimization Survey Report. Bureau of Justice Statistic. US Dept of Justice. 1996.
32. Olson L, Antil C, Lynne F. Increasing Emergency Physician Recognition of Domestic Violence. Annals of Emergency Medicine. 1996; 27: 741-745.
33. Mercy JA, Saltzman LE. Fatal Violence Among Spouses in the United States, 1976-1985. Am J Public Health. 1989; 79(5): 595-599.
34. Berenson AB, et al. Drug Abuse and Other Risk Factors for Physical Abuse in Pregnancy Among White Non-Hispanic, Black and Hispanic Women. Am J Obstet Gynecol. 1991;64(6 pt.1):1491-1496.
35. Wagner PJ, et al. Experience of Abuse in Primary Care Patients. Racial and Rural Differences. Arch Fam Med. 1995; 4(11): 956-962.
36. Helton AS, Mc Farlane J, Anderson ET. Battered and Pregnant: a Prevalence Study. Am J Public Health. 1987;7(10): 1337-1339.
37. Petterson R. Social Class, Social Learning and Wife Abuse. Social Service Review. 1980; 54: 390-406.
38. Lao J. Prevalencia y factores de riesgo asociados a ser víctimas de violencia doméstica en la Clínica WIC del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Río Piedras. Tesis sometida para el grado de Maestría en Ciencias-Epidemiología. Universidad de Puerto Rico. Recinto de Ciencias Médicas. Mayo 1996.
39. Ellsberg MC, et al. Wife Abuse Among Women of Childbearing Age in Nicaragua. Am Journal Public Health 1999; 89(2): 241-244.
40. Hillard PJ. Physical Abuse in Pregnancy. Obstet Gynecol. 1985; 6(2): 185-190.
41. Mc Farlane J, et al. Assessing for Abuse During Pregnancy. Severity and Frecuency of Injuries and Associated Entry into Prenatal Care. JAMA. 1992;267(23): 3176-3178.
42. Centers R. Raven BH Conjugal power structure: A Re-Examination. American Sociological Review. 1971; 36:264-278.
43. Babcock JC, et al. Power and Violence:The Relation Between Communication Patterns, Power Discrepancies and Domestic Violence. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993; 61(1):40-50.
44. Leonard KE, Senchak M. Prospective Prediction of Husband Marital Agression within Newly Couples. Journal of Abnormal Psychology. 1996;105(3): 369-380.
45. Murphy CM, Meyer SL. Gender, Power and Violence in Marriage. The Behavior Therapist. 1991; 14: 95-100.
46. Coleman DH, Straus MA. Marital Power, Conflict and Violence in a Nationally Representative Sample of American Couples. Violence and Victims. 1986; 1: 141-157.
47. Smikle CB, et al. Physical and Sexual Abuse: A Middle-Class Concern? Journal of Reproductive Medicine. 1995; 40(5): 347-350.
48. McCauley J, et al. Inside the "Pandora's Box": Abuse Women's Experiences with Clinicians and Health Services. J Gen Intern Med. 1998; 13: 549-555.
49. Hamberger LK, et al. Physician Interaction with Battered Women: the Women's Perpective. Archives of Family Medicine. 1998; 7: 575-582.
50. Gremillion DH, & Kanof EP, Overcoming barriers to physician involment in identifying and referring victims of domestic violence. Annals of Emergency Medicine. 1996 ; 27(6): 769-773.
51. Marwick C. Domestic violence recognized as a world problem. JAMA. May 1998; 279(19): 1510.
52. Alpert E.J. Violence in Intimate Relationships an the Practicing Internist: New "Disease"or New Agenda? Annals of Internal Medicine. 1995; 123(10): 774-787.

[1] Este trabajo forma parte de la investigación: ***Conocimiento y actitudes hacia la Violencia Doméstica de mujeres que reciben servicios de salud en dos hospitales del área metropolitana***. realizada como parte de los requisitos del grado de Maestría en Salud Pública con Concentración en Epidemiología, 1999. Departamento de Bioestadística y Epidemiología, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas. La Dra. Carmen N. Vélez, PHD Catedrática del programa dirigió la investigación. El trabajo fue editado para esta publicación.



Reflexión en torno a la violencia doméstica contra la mujer en nuestra sociedad



Dra. Cecilia Del Valle
Catedrática Asociada
Escuela de Enfermería
Recinto Ciencias Médicas

La historia nos revela que la mujer no está en un plano de igualdad con el hombre. Tradicionalmente la mujer se ha considerado inferior a éste, manteniéndose en un lugar de subordinación, pasividad y limitación. Las Naciones Unidas en su carta del 18 de diciembre de 1979, reconoce que para lograr la plena igualdad entre el hombre y la mujer es necesario modificar el papel tradicional tanto del hombre como la mujer en la sociedad y en la familia (1).

Northrup (2) afirma que la posición de inferioridad de la mujer en la sociedad no se puede examinar fuera del contexto cultural en la que ocurre este fenómeno y cita varios estudios que apoyan este plantea-miento y en el que claramente se nota la falta de equidad y justicia. Lori Hesse, del World Watch Institute, realizó un estudio a nivel mundial cuyos hallazgos revelan que las niñas mueren 4 veces más de desnutrición en comparación con los niños, debido a que el alimento se le da preferiblemente a éstos. Otro estudio indica que los varones reciben, de parte de sus maestros, 5 veces más atención en el salón de clases que las niñas y 8 veces más atención en actividades fuera del salón de clase que las niñas. Las implicaciones de ambos estudios es que tradicionalmente en nuestra sociedad, el hombre merece y tiene más derecho que la mujer a vivir, a ser reconocido y aceptado. Desde esta perspectiva se crean condiciones de desigualdad entre los géneros que promueven la violencia en sus diferentes manifestaciones. Cuando hablo de violencia me refiero a cualquier acto consciente o inconsciente dirigido hacia la mujer con la intención de ocasionar daño físico, emocional o sexual con efectos perjudiciales a su salud.

Las características, socioculturales de una sociedad patriarcal-jerárquica propician, estimulan y contribuyen a explicar la ocurrencia de la violencia contra la mujer en nuestra sociedad. En una revisión antropológica clásica de 186 sociedades, Sunday (3) demostró que el hombre no está genéticamente programado para cometer actos abusivos contra las mujeres y que este es un condicionamiento propio de la cultura. Hotaling, et al (4) y Herman (5) señalan que la violencia se activa en una familia particular en el cual dos personas, dependientes y privadas emocionalmente, juegan los roles asignados por la sociedad patriarcal hombre agresivo-dominante; mujer sumisa-pasiva. La ideología prevaleciente acepta una mayor sexualidad y el abuso del poder y la agresión en el hombre mientras que en la mujer estas mismas características se condenan (6).

Sampselle (7) declara irónicamente, que la frecuencia con que

ocurre la violencia, el incesto y el abuso marital sugiere la impresión de que estos eventos podrían ser considerados crisis de desarrollo normales en la mujer. Sampelle (7) nos dice que Estados Unidos está inundado de una violencia epidémica hacia las mujeres y cita un artículo publicado por el Journal of the American Medical Association del 17 de junio de 1992 en el que se denuncia las instancias de abuso físico de que son víctimas las mujeres que llegan a diario a las salas de emergencia de los hospitales.

Un informe del FBI citado por Norhtrup (2), revela que en Estados Unidos: 1 de cada 3 mujeres se encuentra a riesgo de ser violada alguna vez en su vida y que 50% de las mujeres casadas han sido golpeadas por lo menos una vez por su pareja. Según Northrup (2) el 38% de las mujeres en Estados Unidos han sido sexualmente abusadas en la niñez y el abuso en el matrimonio es la causa de que 1 de cada 2 mujeres negras y 1 de cada 4 mujeres blancas intenten suicidarse. En Latinoamérica alrededor de un 55% de las mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia en algún momento de su vida (8).

En Puerto Rico la violencia contra la mujer y la familia se ha agravado a tal extremo que esta se ha convertido en un problema de salud pública con serias repercusiones, a corto y largo plazo en la vida física, mental y emocional de la mujer y de los niños que sufren esta experiencia. Según las estadísticas de la policía, para 1997 el 90% de los incidentes de violencia doméstica que se registraron fueron contra las mujeres. Se estima que 1 de cada 3 niñas y 1 de cada 7 niños han sido abusados sexualmente (9).

Existen otras formas disfrazadas de abuso aunque no menos denigrantes aceptadas socialmente contra la mujer. Esto lo vemos a menudo en los medios de comunicación en masa; como lo son la televisión, la radio y periódicos del país en los que el cuerpo de la mujer se objetiviza, comercializa y deshumaniza con fines puramente publicitarios. El mensaje subyacente es que la mujer vale por lo que hace y no por lo que es como ser humano.

Las atenciones que recibe la mujer que está siendo maltratada cuando llega en busca de ayuda a una sala de emergencia contribuyen también a perpetuar el patrón de victimización. Según Mackey (10) los profesionales de la salud tienen serias dificultades en comprender y conceptuar el proceso de víctima-paciente de la mujer abusada debido a los juicios, creencias e interpretaciones sobre el abuso, así como sus propios sentimientos y reacciones hacia la mujer. Estos carecen del conocimiento necesario para validar la realidad de los hechos. Por consiguiente, el proceso que resulta de la relación de ayuda es una que réplica del ambiente abusivo y disfuncional en el que la víctima ha vivido.

Apunta Northrup (2) que la posición de inferioridad de la mujer y por ende su vulnerabilidad al maltrato se inicia de la niña, en su nacimiento, cuando la madre en la sala de parto se excusa con el marido porque la criatura no es un varón. El mensaje que graba la niña en el inconsciente, desde ese momento es que su cuerpo, su vida y su feminidad necesitan ser justificadas ante los ojos de los demás. Posteriormente esta programación social de subordinación, de víctima y de inferioridad prosigue en la niñez mientras se está criando. Miller(11) utiliza el concepto de “pedagogía venenosa” al referirse al mal uso del poder y la autoridad del adulto en la crianza de los hijos/as con la intención de quebrar su espíritu de forma que se puedan controlar con facilidad. Todo ello, supuestamente por razones de amor, para salvarlo/a de posteriores sufrimientos por falta de disiplina. Como segunda naturaleza aprenden la pasibilidad y la obediencia, no la conciencia (12). El mal uso de la autoridad y el poder minan el sentido de confianza en la niña y ocasionan que interiorice el papel de víctima, lo que a su vez crea las condiciones psicológicas apropiadas para el abuso en su vida adulta.

Mujeres que fueron abusadas física, emocional o sexualmente en la niñez están más vulnerables a ser abusadas repetidamente en las relaciones de pareja (9,10). Estas han sido inconscientemente condicionadas a ser abusadas y tienen la tendencia a recrear en sus relaciones las experiencias que vivieron en su familia de origen. Aquello con lo que crecemos llega a ser visto como normal (13). La mayoría de las mujeres víctimas de violencia se niegan a aceptar que están siendo abusadas por su pareja. Aceptan los malos tratos como algo natural y creen que aguantar el abuso es una señal de mayor bondad.

A menudo este proceso de acondicionamiento ocurre sin que la mujer se de cuenta. Puede tomar la forma de mensajes verbales o no verbales en que se le enseña a sacrificar su individualidad, sus logros, sus emociones y hasta sus metas para obrar de acuerdo a las expectativas de otros. Aprende a colocar en primer término las necesidades ajenas y se define a sí misma en función de las relaciones con los demás. Satisface sus necesidades indirectamente a través de los logros y realizaciones de la familia.

Sobre las mujeres recae la responsabilidad de cuidar a los enfermos y ancianos, y si sus hijos y maridos tienen problemas; por ejemplo, en la escuela, de drogas, consumo de alcohol, ellas son las que se hacen cargo de que reciban tratamiento (8). Esto les impone una pesada carga física y emocional además de la que ya vienen arrastrando de su familia de origen. Lamentablemente, no ha aprendido a protegerse y a afrontar estas situaciones de manera asertiva. Por el contrario, siente que debe resignarse y aceptarlo como algo normal a su rol. Cree que esto es lo que se espera de una mujer abnegada y buena; que se sacrifique por su fa-

milia e hijos/as.

La negación de sus necesidades y su auto expresión causa un enorme dolor emocional. Como protección al dolor muchas mujeres recurren a las drogas o al alcohol y eventualmente desarrollan patrones adictivos de conducta; y otras manifestaciones físicas y emocionales como son la depresión y el desorden de estrés post traumático (PTSD por sus siglas en inglés).

La experiencia me ha enseñado que la recuperación de cualquier problema de salud de la mujer, como lo es la violencia, no puede ocurrir hasta que ésta examine críticamente las creencias que han sido heredadas de generación en generación e interiorizadas de su cultura. En este contexto concibo las creencias como fuerzas energéticas que configuran la base física, mental, emocional y espiritual de la salud.

El estado de salud de la mujer está ligado íntimamente a la cultura en que vive, así como también a la manera que piensa, siente y actúa. Por lo tanto, reconocer la base cultural en que la mujer nace y crece, y como esta afecta su salud, es un paso trascendental para desarrollar un nuevo paradigma de bienestar integral. Cualquier mujer que desarrolle un problema de salud resultado del abuso sufrido en la niñez con efectos en su vida adulta necesita darse cuenta que nadie puede reparar los daños por ella. Únicamente la mujer lo puede hacer cuando cambia su foco de atención hacia su interior. La autoestima, el sentido de valía personal que proviene del interior, es el recurso más valioso que posee la mujer. Cuando se tiene un sentido de valía personal fuerte no se acepta posición de inferioridad ni malos tratos.

¿Cómo se logra ese sentido de valía personal? Para transformar su vida la mujer necesita hacer nuevas elecciones en su mente. El abuso, el maltrato, o la violencia es un reflejo de la valía personal de la mujer y una representación de lo que está pasando en su vida. La mujer necesita crear una buena visión de su cuerpo y de su mente. Las enfermedades o los síntomas ocasionados por la tensión que resultan del maltrato (depresión, PTSD, adicciones) pueden manifestarse para que la mujer tome conciencia de lo que está pasando en su vida. Los síntomas en el cuerpo tienen un significado oculto pueden ser señales importantes de algo sobre lo que se necesita tomar conciencia. Jung decía, (2) que podemos beneficiarnos física, emocional y espiritualmente cuando ponemos atención a los mensajes del cuerpo.

Se requiere hacer más que tratar los síntomas, es necesario también cambiar las condiciones básicas que crean los problemas de salud relaccionados al maltrato de que la mujer es víctima. Un paso esencial hacia hacer cambios positivos de manera que la autoestima se fortalezca, es aceptar que el abuso está ocurriendo y darle un nombre a esa experiencia. La mujer que está siendo víctima de maltrato, abuso o violencia de algún tipo, ya sea de su familia, vecinos, supervisor o pareja

Sugerencias prácticas que pueden ayudar a la mujer a recuperar su poder y su autoestima de manera que aprenda a enfrentar el abuso físico, emocional o sexual.

1. ***Obtener conocimiento nuevos***. Para transformar muchas de las creencias y actitudes que han configurado nuestra manera de pensar, sentir y actuar es necesario valernos de información que nos ayude a re-programarnos. Esto se puede lograr a través de múltiples formas. El proceso puede iniciarse con la lectura de un libro que hable sobre la violencia contra la mujer y los efectos en su vida física y emocional. Muchas mujeres no han caido en cuenta que su depresión y baja autoestima son el resultado del abuso de que han sido víctimas desde niñas. La participación en actividades en grupo como lo son: seminarios, conferencias, foros y talleres son también herramientas útiles para aprender y obtener conocimientos nuevos sobre el tema. Es deseable mantener la mente abierta y receptiva a lo nuevo, al cambio. De lo contrario perdemos una oportunidad valiosa de aprender y de cambiar patrones de conducta autodestructivos.

2. ***Enfrentar el miedo.*** Es necesario tomar conciencia de que el miedo puede estar ahí para ayudarnos y protegernos. Es útil verlo más como el maestro en lugar del enemigo. No podemos esperar librarnos del miedo para entonces actuar. Necesitamos actuar a pesar del miedo y de manera asombrosa, al arriesgarnos, éste irá desapareciendo. Atrévete a pesar del miedo... Irás aprendiendo a soltar el miedo después de haberlo reconocido y aceptado.

3. ***Cuidar el cuerpo***. La primera forma de amar el cuerpo es liberarlo de las tensiones. La práctica diaria de la auto-observación nos puede ayudar a identificar los lugares de nuestro cuerpo en que acumulamos más tensiones. Esto se hace como si tuviéramos un testigo interno que lo ve objetivamente sin hacer juicio y meramente reconoce la existencia de la tensión para después hacer algo al respecto. Al poner atención al cuerpo aprendemos a escuchar sus sentimientos, emociones y necesidades. Otra de las cosas que podemos hacer es aceptar y amar

necesita tomar conciencia de esa realidad en su vida. No se puede cambiar lo que no se reconoce y acepta.

Con bastante frecuencia muchas mujeres maltratadas necesitan una experiencia de crisis para cambiar. El deseo de cambiar aquello que nos produce dolor no es suficiente. Conjuntamente con la decisión de cambiar se requiere coraje, determinación, compromiso, responsabilidad y disciplina. Todos estos ingredientes están dentro de nosotras mismas, lo esencial es descubrirlos para que trabajen en nuestro beneficio. Esto ocurre milagrosamente cuando realizamos acciones dirigidas a respetarnos, valorarnos, cuidarnos y amarnos. Con la práctica desarrollaremos una autoestima saludable y aprenderemos a guiarnos hacia un sendero en el que prevalezcan relaciones justas, igualitarias y equitativas.Todas las experiencias de la vida nos enseñan algo. Podemos decidir interpretar la violencia contra la mujer como una oportunidad para aprender de nosotras mismas.

nuestro cuerpo tal como es. Con la práctica desarrollamos una actitud comprometida, de respeto y aceptación hacia el cuerpo. Luego podemos decidir liberar la tensión por medio de ejercicios como lo son: correr, nadar, caminar, el yoga y los aeróbicos. La disciplina es esencial para cualquier cambio que deseamos hacer en la vida.

4. ***Reconocer y aceptar los defectos***. Detrás de cada defecto hay una virtud. Los continuos juicios que hacemos sobre nuestros defectos sólo consiguen resaltarlos; pues todo lo que se resiste persiste. Miremos los defectos con compasión, no para ver lo malo sino para descubrir la virtud que se esconde detrás de cada defecto. No nos critiquemos sin razón, por el contrario, debemos caer en cuenta, que si no cometemos errores no aprendemos. Veamos la enseñanza que se esconde en cada equivocación.- Preguntémonos a menudo... ¿Qué es lo que necesito aprender que todavía no he aprendido?

5. ***Cultivar las habilidades creativas y los talentos.*** Cuando hacemos lo que nos gusta perdemos el sentido del tiempo y aquello que tanto nos preocupaba deja de tener sentido. A menudo esto ocurre cuando estamos inmersos en una actividad en la que estamos poniendo en práctica nuestros talentos. Cuando ponemos el talento al servicio de alguien que lo necesita la vida cobra un nuevo significado. La realización personal, al hacer una diferencia en la vida de otra persona por medio del servicio que le damos, nos aporta paz interior, sentido de gozo y plenitud.

6. ***Desarrollar la espiritualidad.*** Existen formas variadas de ponernos en contacto, con el ser, esencia, Ser Superior o Dios. De todas las experiencias que la vida tiene para ofrecernos, la experiencia de conectarse con el ser es la más significativa. Aquí, nos damos cuenta que nuestro espíritu no ha sido dañado por las experiencias traumáticas del pasado. Este se mantiene en perfecta calma, armonía y amor; nada del mundo exterior le ha tocado. Al sumergirnos y al estar en contacto con esta energía divina logramos aquietarnos y permitimos que los acontecimientos sigan su curso sin que nos identifiquemos y tratemos de controlarlos. Esto se logra por medio de la práctica del silencio, estando en contacto con la naturaleza y con la meditación diaria. Preguntándonos a menudo ¿Qué he venido a enseñar? ¿Qué he venido a aprender?

REFERENCIAS

1. Baines J. ¿Existe la mujer? Como realizar la auténtica femeneidad. Venezuela: Auyantepy, 1983.
2. Northrup C. Women's Body, Women's Wisdom: Creating Physical and Emotional Health and Healing. New York: Bantan Book, 1998.
3. Sunday PR. The Socio-cultural Context of Rape: a cross-cultural study. Journal of Social Issues 1981;37:5-27.
4. Hotaling G, et al. Family Abuse and its Consecuences Newburg. Park, CA.: Sage, 1998.
5. Herman J. Trauma and Recovery. New York, Basic Book, 1992.
6. Walker LE, Browne A. Gender and Victimization by Intimates. Journal of Personality 1985; 53:179-195,
7. Sampselle CM. Violence Against Women. Nursing Research Education and Practice Issues. New York: Hemisphere Publishing Co, 1992.
8. Lara MA, et al. ¿Es difícil ser mujer? México: Instituto Mejicano de Psi-quiatría, 1997
9. Del Valle C. Manual de auto ayuda para mujeres adultas sobrevivientes de incesto en la niñez y adolescencia. Disertación doctoral inédita. San Juan: Centro Caribeño de Estudios Post-Graduados, 1997.
10. Mackey TF. Violence Against Women. A Psychological Model for Analysis of Outcomes Related to Trauma. New York: Hemisphere Publishing Co, 1992.
11. Miller A. Thou shall not be aware: Society betrayal of the child. New York: Meridan Book, 1984.
12. Steinen G. Revolución desde adentro. Buenos Aires: Atlántida, 1992.
13. Brandshaw J. Crear Amor: la siguiente etapa del crecimiento. España: Los libros del comienzo,1995.

Nota: *Este trabajo ha sido editado para esta publicación.*