

La violencia doméstica en el embarazo y su relación con la muerte materna. Evidencias para su abordaje.

Evelina Chapman¹, Carlos Pinzón²

¹ Investigadora invitada del OSSyR

² Centro de investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública de México

1. Definiciones
2. Magnitud del problema
3. Factores de riesgo
4. Factores protectores
5. Consecuencias en el embarazo
6. Intervenciones
7. Conclusiones
8. Metodología

“[...] la Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1,500¹ mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]”.

Asamblea General Naciones Unidas.
Consejo de Derechos Humanos, 2009.

1. Definiciones

Violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La clasifica en tres categorías generales de acuerdo a quienes cometen el acto de violencia:

- Violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones);
- Violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco);
- Violencia colectiva (social, política y económica).

De acuerdo a la naturaleza de los actos de violencia, ésta puede ser: física, sexual y/o psíquica. Todas ellas además incluyen privaciones o descuido.

En 1993, durante la Asamblea General de Naciones Unidas, se definió la violencia en contra de la mujer, incorporando también el concepto de violencia de género, como “el ejercicio de la fuerza y el poder contra la dignidad humana de las mujeres y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”. Un problema que se podría presentar, utilizando el enfoque de género, es que durante años ambas formas de nombrar la violencia se han superpuesto. Hoy existe el debate si dentro del concepto de violencia de género debe incluirse la violencia que sufren las personas transexuales, travestis e intersexo.

En esta hoja informativa se abordará la violencia doméstica y fundamentalmente la perpetrada por las parejas íntimas de las mujeres durante el embarazo y/o el puerperio. No se incluirá la violencia contra la libertad reproductiva y la obstétrica, como tampoco abordaremos la violencia relacionada con los servicios de salud o institucional. Definiremos también la mortalidad materna y las consideraciones de las diferentes definiciones en relación con la violencia.

1. Definiciones (continuación)

La Ley Nacional 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, define la violencia contra las mujeres como “toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón”.

Las modalidades incluidas en la ley incluyen distintos tipos de violencia contra las mujeres en diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas: violencia doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica y mediática. Para más detalles sobre estas definiciones se recomienda consultar la [Ley](#).

Violencia doméstica contra las mujeres

La Ley 26.485 la define como la ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad (incluida la reproductiva), y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco, sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia. Por lo general todas estas formas de violencia se presentan combinadas y se instalan en períodos tempranos de la relación, evolucionan por ciclos y se incrementan progresivamente en gravedad y frecuencia.

Muerte materna

La muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10).

Muerte materna relacionada con el embarazo

La muerte materna relacionada con el embarazo se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la

causa de la defunción. Incluye muertes por accidente, homicidio o suicidio.

Las muertes violentas de mujeres embarazadas o en el puerperio (sea por homicidio o suicidio) se consideran accidentales y por lo tanto, son excluidas de la definición de muerte materna. La violencia durante el embarazo o el postparto se considera una causa relacionada con la muerte materna, pero no se incluye dentro de las causas indirectas. En el caso de las muertes violentas, es poco común que los embarazos sean identificados, siendo esos fallecimientos clasificados como muertes de mujeres provocadas por lesiones externas [Campero 2006].

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define la defunción materna no relacionada con el embarazo o muerte materna no obstétrica como la muerte que resulta de causas accidentales o incidentales, no relacionadas con el embarazo o su atención y que ocurre durante el embarazo o dentro del año de la finalización del mismo.

Al no considerarse a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna, no se identifica cuál es su dimensión e impacto entre todas las causas. Habitualmente estos fallecimientos se registran sólo como muertes de mujeres por violencia, pero sin referencia alguna al estado de embarazo o puerperio.

La multiplicidad de factores asociados a las muertes maternas por violencia complejiza las acciones del sector salud dirigidas a reducirlas. Debido a que existen factores que se encuentran por fuera del ámbito del sector salud, la violencia durante el embarazo y su consecuencia más grave, la muerte materna, debe tener una estrategia amplia de abordaje. [OSSyR]

2. Magnitud del problema

Prevalencia de la violencia doméstica (VD)

El fenómeno de la violencia doméstica contra las mujeres tiene distintas expresiones en la región de América Latina y el Caribe. Las prevalencias son variadas. Mediciones de hace más de una década mostraron que en algunas ciudades de México, el 70% de las mujeres manifestaron sufrir violencia por su pareja; en Chile, lo manifestó el 60% de las mujeres y de ellas, el 10% sufrió violencia física grave.

Mediciones más recientes, provenientes de encuestas demográficas y de salud reproductiva en 12 países de la región [OPS 2013], informan que un gran porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en unión relataron haber sufrido alguna vez violencia física o sexual de parte de un compañero íntimo; 17% en República Dominicana (2007) y 53% en Bolivia (2003). También reportan violencia emocional el 17% de las mujeres en Haití (2006) y el 48% en Nicaragua (2007).

Por otra parte, Argentina da cuenta que en el 42% de los casos de mujeres asesinadas, el asesino fue su pareja, y el 37% de las mujeres golpeadas por sus esposos llevaban 20 años o más soportando la agresión [Collado Peña 2005]. En otro estudio de corte transversal, 120 de 270 mujeres (44,4%) refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en su vida. Ciento ocho informaron violencia psicológica, 53 violencia física y 45 violencia sexual. Por último, 17,5% relataron haber sufrido violencia sexual en la niñez y 14,8% refirieron sufrir violencia en la actualidad [Pontecorvo, 2004].

Tabla 1

Estimación de incidencia/prevalencia de las lesiones por tipo de traumatismo durante el embarazo.

Mecanismo de la lesión	Estimación incidencia/prevalencia en mujeres embarazadas	Diseño del estudio	Estimación incidencia/prevalencia en no embarazadas
Accidente automovilístico	207/100.000 nacidos vivos	Cohorte de base poblacional	1.104/100.000 mujeres
Caídas o desplazamientos accidentales	48,9/100.000 nacidos vivos	Casos y controles	3.029/100.000 mujeres
Quemaduras	0,17/100.000 personas año	Casos y controles	2,6/100.000 personas año
Envenenamiento accidental	N/A	N/A	N/A
Violencia doméstica	8.307/100.000 nacidos vivos	Revisión	5.239/100.000 mujeres
Suicidio	2/100.000 nacidos vivos	Cohorte histórica	8,8/100.000 habitantes
Homicidio	2,9/100.000 nacidos vivos	Cohorte histórica	2,3/100.000 mujeres
Trauma penetrante	3,27/100.000 nacidos vivos	N/A	3,4/100.000 mujeres
Exposición tóxica	25,8/100.000 personas año	Cohorte histórica	115,3/100.000 personas año

Adaptado de Méndez-Figueroa 2013

Prevalencia en el embarazo

Aunque la estimación de la prevalencia de la VD es difícil y variable según el contexto, especialmente durante el embarazo, es muy probable que la mayoría de los prestadores de servicios de salud que atienden mujeres se encuentren con muchas que son víctimas o sujeto de VD durante el embarazo. Se ha estimado que cerca del 30% de las mujeres que sufren de VD, el primer incidente ocurre durante el embarazo [Collado Peña 2005].

La prevalencia de maltrato físico durante el embarazo varía en todo el mundo: en Canadá se reportan datos con rangos entre 1% y el 11%, en los Estados Unidos entre el 0,9% y el 20%, en el Reino Unido el 1,8% (el 5,8% a las 34 semanas de gestación y el 5,0% a los 10 días posparto), en Suecia el 4,3% y en Sudáfrica el 6,8%. La prevalencia del maltrato psicológico y sexual de las mujeres durante el embarazo oscila entre el 13% y el 60%. La violencia es más frecuente en la clase trabajadora y grupos socioeconómicos medios-bajos [Méndez-Figueroa 2013]. Un resumen de incidencia y prevalencia considerando todo tipo de violencia durante el embarazo se puede observar en la Tabla 1.

Como puede observarse en la tabla, las incidencias de violencia doméstica y homicidios (incluido trauma penetrante) se incrementan llamativamente durante el embarazo.

Una revisión sistemática muy reciente [James 2013] y de buena calidad analizó 92 estudios que incluyeron 23 países para determinar la prevalencia de la violencia doméstica entre las mujeres embarazadas. La media de la prevalencia fue del 19,8%. La prevalencia de abuso emocional (incluyendo amenazas de violencia, aislamiento, degradación y abandono) fue del 28,4%; de abuso físico (incluyendo golpear, morder, abofetear, empujar y controlar) fue del 13,8%, y el abuso sexual (incluida violación, coerción y acoso) fue del 8%.

En cuanto a los países incluidos, Brasil y Uganda tuvieron la mayor prevalencia global (63,4% y 57,0%, respectivamente), China y Australia mostraron la prevalencia general más baja (4,8% y 5,8%). La prevalencia global de VD para los países desarrollados fue del 13,3% frente al 27,7% en los países en desarrollo.

3. Factores de riesgo

Se midió la prevalencia de factores de riesgo de VD durante el embarazo. Algunos resultados fueron estadísticamente no significativos (NS) aunque se interpretó que los tamaños muestrales eran pequeños para mostrar diferencias. Los autores incluyeron 55 estudios e identificaron y codificaron nueve factores de riesgo. Los factores de riesgo de las víctimas de abuso fueron 7: violencia antes del embarazo, menor nivel educativo, nivel socioeconómico bajo, ser soltera, abuso de alcohol, embarazo no deseado/ no planeado y vida en adversidad y expuesta a la violencia. Los dos restantes fueron factores de riesgo del agresor: abuso de alcohol y el embarazo no deseado/ no planeado. A continuación se resumen los hallazgos:

- Las mujeres que fueron abusadas anteriormente al embarazo tenían cuatro veces más probabilidades de ser objeto de abuso durante este embarazo que las mujeres sin antecedentes de abuso (NS).
- Las mujeres que no estaban casadas tenían 73 % mayor probabilidad de ser abusadas durante el embarazo que las mujeres casadas.
- Las mujeres de bajo nivel socioeconómico tuvieron un 66 % más de riesgo.
- Las mujeres embarazadas cuyas parejas abusaban del alcohol tenían 73 % mayor probabilidad de ser sujeto de violencia (NS). Las mujeres que no planearon/desearon su embarazo tuvieron 66% mayor probabilidad de ser abusadas comparadas con aquellas que lo habían planeado (NS).

- Las mujeres que consumían drogas ilícitas tuvieron 25 % mayor probabilidad de ser abusadas durante el embarazo.
- Otros factores de riesgo fueron: "embarazo no deseado/ planeado por el agresor" y "una vida en adversidad y expuesta a la violencia", aunque la magnitud del efecto fue débil.
- Los hombres que refirieron no desear/planificar el embarazo tenían 21% más probabilidades de abusar de sus parejas que los hombres cuyos embarazos fueron planeados junto a sus parejas .
- Las mujeres que habían experimentado "una vida en adversidad y expuesta a la violencia" tenían el 13% más probabilidades de ser víctimas de abuso durante el embarazo que las mujeres que no habían estado expuestas.

4. Factores protectores

Una revisión sistemática [Fisher 2011] encontró que los factores que más protegen la salud mental (excluidas las psicosis) de las mujeres ante cualquier factor de riesgo que pudiera alterarla son: tener más educación, Riesgo Relativo (RR): 0,5; Valor de P = 0,03; trabajo permanente Odd Ratio (OR): 0,64; Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%): 0,4-1,0; pertenecer a mayorías étnicas (OR: 0,2; IC 95%: 0,1-0,8) y tener una pareja amable y de confianza (OR: 0,52; IC 95%: 0,3-0,9).

5. Consecuencias de la violencia durante el embarazo

Las consecuencias del abuso son variadas, y no se presentan con un conjunto particular de síntomas. Teniendo en cuenta esta variación, el concepto de VD no debe ser conceptualizado como una enfermedad o síndrome, ni debe ser considerado como un problema de salud específico (por ejemplo, lesión o alteración de la salud reproductiva, física, o mental). Sin embargo, hay que destacar que el abuso pone a la víctima en riesgo mayor en comparación con otras condiciones de salud física y mental prevalentes en la actualidad [Howard 2013].

Sobre la salud mental

Un revisión sistemática de estudios observacionales [Howard 2013] sintetizó hallazgos sobre la prevalencia de trastornos mentales, fundamentalmente depresión, en el período pre y postnatal asociados a violencia doméstica y de pareja. También mostró evidencias de alta probabilidad de padecer ansiedad y síndrome de estrés postraumático. Se resumen en la tabla 2 los principales hallazgos de este estudio.

Sobre el producto del embarazo

Un meta-análisis reporta que la violencia doméstica incrementa el riesgo de nacimientos de pretérmino [OR 2,7; IC95% 1,3–5,7] y de neonatos con bajo peso al nacer [OR 5,3; IC95% 3,9–7,3]. En este mismo estudio se mencionan incrementos probables en la mortalidad fetal y abortos espontáneos [Mendez-Figueroa 2013]. Shah y cols. muestran resultados en la misma dirección en escenarios de baja prevalencia de violencia doméstica para el bajo peso al nacer [OR 1,5; IC95% 1,3–1,8]; y el nacimiento pretérmino [OR 1,5; IC95% 1,3–1,7] aunque no encontró relación con niños pequeños para la edad gestacional [Shah 2010].

Lesiones infligidas por otros y autoinfligidas

Dentro de las muertes asociadas al embarazo se encuentran las causas infligidas (homicidios) y auto infligidas (suicidios). Sharidan y cols. analizaron 44 estudios e informaron que el homicidio es la principal causa de muerte asociada al embarazo y que el suicidio es una causa importante de muerte entre las mujeres embarazadas o recientemente embarazadas. También encontraron que las muertes por homicidio en adolescentes son casi tres veces mayores que en las adultas [RR 2,6; IC95% 1,2–5,9]. Además, cuando se asocia a abuso sexual, este efecto es aún mayor [RR 3,1; IC95% 1,9–5,1]. Entre las mujeres afro descendientes, también encontraron un riesgo tres veces mayor. En cuanto al suicidio, aunque el efecto fue menor, una significativa proporción de las muertes estuvieron asociadas al embarazo. Se debe considerar

que las mujeres que mueren por homicidio durante el embarazo no son incluidas en las estadísticas de muertes maternas.

Los equipos de salud deben entender que el homicidio es la principal causa de muerte asociada al embarazo y por lo general como consecuencia de la violencia de pareja. Por lo tanto, la detección de la violencia de pareja y de la ideación suicida son componentes esenciales de la atención médica integral de las mujeres durante y después del embarazo [Sharidan 2005].

Una reciente revisión sistemática con meta-análisis encontró que la violencia perpetrada por la pareja también es un factor asociado al aborto voluntario, incluso repetitivo y un gran porcentaje de ellos se realizan a escondidas [OR 2.97, 95% CI 2.4–3.7] [Hall 2014].

Sobre la salud reproductiva

Una revisión sistemática también encontró que la violencia de pareja está asociada al incremento de conductas de riesgo: el uso inconsistente del condón, múltiples parejas, embarazos no planeados o abortos inducidos, infecciones de transmisión sexual, disfunción sexual [Coker 2007], y sangrado vaginal [Gottlieb 2012]. Se encontró además mayor riesgo de infección por VIH, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor crónico, problemas neurológicos, gastrointestinales, migrañas e infecciones urinarias, entre otras [Nelson 2012].

Tabla 2 Asociación entre violencia y depresión perinatal. Resultados del meta-análisis.

	Depresión antenatal		Depresión posnatal	
	Medida de efecto OR (IC 95%)	Heterogeneidad (I ²)	Medida de efecto OR (IC 95%)	Heterogeneidad (I ²)
Violencia doméstica en cualquier momento de la vida de la mujer	3,0 (2,3–4,0)*	51%	2,9 (1,8–4,8)* 2,9 (2,1–4,0)**	77,6% 0%
Violencia por parte de la pareja en el último año	2,8 (1,5–5,3)*	75%	2,8 (1,7–4,6)*	79,2%
Violencia por parte de la pareja durante el embarazo	5,0 (4,0–6,0)*	24%	4,4 (2,9–6,5)* 3,1 (2,7–3,6)**	0% 0%

Adaptado de Howard 2013.
*Estudios de corte transversal,
**Estudio de cohorte

Tabla 3 Resumen de las evidencias sobre abordaje de la violencia de pareja (VP): tamizaje e intervenciones para reducirla.

Estudios/ diseño	Limitaciones	Calidad	Aplica- bilidad	Resultados
¿El tamizaje de mujeres asintomáticas en los entornos de atención de salud para mayor riesgo actual o pasado de VP, reduce la exposición a la VP, los daños físicos o mentales, o la mortalidad?				
1 ECA	Altas tasas de deserción, pérdida diferencial durante el seguimiento; efecto Hawthorne ^β entre los participantes del grupo control	Moderada	Alta	Las mujeres en ambos grupos tuvieron una reducción en la recurrencia de VP, de síntomas de síndrome post traumático y de problemas con el alcohol. Mejoras en puntuaciones de calidad de vida, depresión, y salud mental, aunque no hubo diferencias entre los grupos.
¿Cuál es la efectividad de las técnicas de tamizaje para la identificación de mujeres asintomáticas con mayor riesgo de VP actual o pasada?				
15 estudios sobre 13 instrumentos para identificar VP en servicios de salud.	Línea de base diferencial al momento del enrolamiento de los grupos, aplicación de estándares de referencia poco claros.	Moderada/ alta	Alta	Seis instrumentos con 1-8 ítems mostraron sensibilidad y especificidad >80% en mujeres asintomáticas; HARK, HITS (Versiones en inglés y español), CTQ-SF modificada, OVAT, STaT, y WAST
¿Para las mujeres detectadas mediante tamizaje con riesgo de VP actual o pasado, cuál es la efectividad de las intervenciones para reducir la exposición a la VP, los daños físicos o mentales, o la mortalidad?				
6 ECAs	Alta tasa de pérdidas durante el seguimiento, sesgos de memoria, falta de datos, efecto Hawthorne ^β entre los participantes del grupo control	Moderada/ alta	Algunos ensayos utilizaron poblaciones débilmente definidas que pueden limitar la aplicabilidad	Un ECA (consejería versus atención habitual durante el embarazo) reportó disminución de VP y mejores resultados neonatales. Dos ensayos (visita domiciliaria vs ninguna visita) resultó en mejores resultados contra la VP para las que recibieron visita sobre todo en madres jóvenes. La consejería disminuyó la coerción en el embarazo y facilitó la resolución de las relaciones inseguras (1 ECA). Dos ensayos mostraron mejora de resultados en los grupos de intervención y control, sin diferencias entre ellos (asesoramiento vs tarjetas de referencia, control habitual vs manejo por parte de enfermeras en el embarazo)
Cuáles son los efectos adversos del tamizaje para VP y las intervenciones para reducir el riesgo de la VP?				
14 estudios (cohorte prospectiva, ECA y corte transversal)	Datos descriptivos con variabilidad de poblaciones, mediciones y análisis.	Moderada	Poco claro, la mayoría de los datos son descriptivos provenientes de muestras pequeñas.	Tres ECAs informaron no haber efectos adversos. Los estudios observacionales mostraron que el tamizaje tuvo mínimos efectos adversos, pero algunas mujeres mostraron incomodidad, pérdida de privacidad, estrés emocional, y preocupación por la continuidad del abuso.

^β Efecto en el que los sujetos de un experimento muestran una modificación en algún aspecto de su conducta como consecuencia del hecho de saber que están siendo estudiados, y no en respuesta a la intervención experimental.

Fuente: Nelson H y Col. para la guía de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2012. Siglas: CTQ-SF = Childhood Trauma Questionnaire–Short Form; HARK = Humiliation, Afraid, Rape, Kick; HITS = Hurt, Insult, Threaten, and Scream; VP = violencia de pareja; OVAT = Ongoing Violence Assessment Tool; PTSD = posttraumatic stress disorder; ECAs= ensayos controlados aleatorizados; STaT = Slapped, Threatened, and Throw; WAST = Woman Abuse Screening Tool.

6. Intervenciones basadas en evidencia para el abordaje de la violencia hacia la mujer por parte de su pareja, incluido el período de embarazo

Tamizaje e intervenciones

Para informar las estrategias de abordaje de la violencia doméstica y particularmente la violencia perpetrada por las parejas (VP), se localizó evidencia de alta calidad que corresponde a la actualización de una guía de la *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF 2012). Se incluyen 4 preguntas de investigación relevantes que actualizan la efectividad de la pesquisa rutinaria (tamizaje) y de las intervenciones para prevenir y disminuir la VP, incluida la violencia durante el embarazo. Asimismo reporta sobre los efectos adversos de estas intervenciones.

En general el estudio concluye que el tamizaje de rutina en los servicios de salud y extramuros, como la visita domiciliaria, podría identificar a las mujeres en situación de riesgo y dar lugar a intervenciones para prevenir nuevas situaciones y mejorar los resultados de salud. Los potenciales efectos adversos fueron mínimos en la mayoría de las mujeres. Se deberá analizar la replicabilidad y adaptabilidad para el entorno argentino.

Otra reciente revisión sistemática de buena calidad (11 ensayos, 13.027 mujeres) muestra que el tamizaje aumenta la identificación de las víctimas en más del doble (RR 2,33; IC95%: 1,40-3,89), en lugares donde se realiza el control prenatal aumenta en cuatro veces (RR 4,26; IC95%: 1,76-10,31). No se encontró evidencia que con el tamizaje se referencie rutinariamente a la mujer [Taft 2013]. Parece importante pensar también que el tamizaje recurrente durante todo el embarazo incrementaría aún más las tasas de identificación [O'Reilly 2010].

Referencia de las víctimas

Una revisión (*scoping review*) identificó 13 estudios de evaluación y 6 estudios cualitativos no evaluativos que examinaron los programas y procesos de derivación ante casos de VP. La misma hace una descripción muy rica de barreras y facilitadores para la búsqueda de servicios por parte de las víctimas y sobre los procesos de referencia por parte de los proveedores de salud.

Hay evidencia que la derivación de las víctimas de VP hacia los servicios de salud y servicios sociales tienen impacto positivo sobre la víctima. Sin embargo, la principal conclusión de la revisión es que se necesita más evidencia acerca de cómo funcionan los procesos de derivación en los centros de salud [Kirst 2012].

Rol de profesionales de salud mental

Otra revisión sistemática de buena calidad que incluyó nueve ensayos con un total de 2.391 mujeres

pudo mostrar como resultado relevante que la VP durante el embarazo y el puerperio puede disminuir aproximadamente en un 40% con terapia psicológica [RR 0,62; IC95% 0,48-0,88] [Jahanfar 2013].

Rol de los trabajadores comunitarios

Una revisión sistemática de buena calidad [Rahman 2013] sobre intervenciones para problemas comunes de salud mental perinatal en países de bajos y medianos ingresos, encontró que los trabajadores comunitarios supervisados y entrenados pueden contribuir a mejorar la salud mental en un porcentaje cercano al 40% de los casos.

Rol de los trabajadores sociales

El trabajo interdisciplinario y fundamentalmente el rol de los trabajadores sociales cobra relevancia en el abordaje de la VP. Este rol incluye identificar, evaluar, intervenir y prevenir la VP. Una revisión sistemática [McMahon 2012] encontró que el embarazo es una oportunidad única para la intervención de los trabajadores sociales con un mayor impacto en la prevención de episodios de VP. Entre las mejores estrategias menciona que los trabajadores sociales deben:

- Estar capacitados para identificar y evaluar la VP en todos los entornos y usar múltiples fuentes de información.
- Reconocer los factores de riesgo.
- Trabajar con el equipo de salud y capacitarse en el uso efectivo de las herramientas de detección.
- Saber evaluar en las víctimas el estado de salud y seguridad y abordar a las mujeres en sus marcos culturales y de manera confidencial y segura.
- Trabajar en colaboración con las organizaciones, especialmente las agencias específicas.
- Suministrar referencias médicas y legales para las víctimas o mujeres en riesgo de VP.
- Educar a las víctimas, sus familiares y la comunidad en la prevención de VP en general y durante el embarazo.

Otra reciente revisión sobre programas de visitas domiciliarias y algunas intervenciones como asesoramientos multifacéticos por parte de trabajadores legos, madres mentoras y/o enfermeras, parecerían ser efectivos y se reflejarían en una disminución estadísticamente significativa de la violencia en la pareja física, sexual y/o psicológica entre el 8 y el 53% dependiendo del contexto [Van Parys 2014].

7. Conclusiones

- Desde una perspectiva metodológica, analizar y abordar la violencia en el embarazo de manera integral es complejo. Las variables en juego son diversas porque se entrelazan las personales con las de contexto. Los análisis sobre este problema deben ser cuidadosos para no minimizar el impacto de la violencia en la salud materna y perinatal.
- Definir la violencia sólo como un problema médico y de salud pública es reduccionista y lleva a otros actores y sectores a desligarse del problema.
- Al no considerarse a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna no se identifica cuál es su dimensión e impacto entre todas las causas. Habitualmente estos fallecimientos se registran sólo como muertes por violencia, pero sin referencia alguna al embarazo o puerperio.
- Los abortos voluntarios consecuencia de la violencia por parte de la pareja podría ser el proxi más cercano que podría relacionarse con la muerte materna.
- El homicidio (femicidio) es la principal causa de muerte asociada al embarazo y por lo general como consecuencia de la violencia de pareja. La muerte por homicidio en adolescentes embarazadas es casi tres veces mayor que en las adultas.
- La VD antes del embarazo es un factor predictivo de abuso durante el embarazo y la prevalencia de VD en las embarazadas aumenta cuando se la mide en los servicios de salud, lo que sugiere que los entornos de atención de salud proporcionan una red más eficiente para detectar VD.
- El personal de salud en su conjunto puede detectar la VD y las ideaciones suicidas y ayudar en el abordaje especialmente en las embarazadas, tanto en el domicilio como en los servicios de salud.
- El marco legislativo argentino puede ayudar a implementar estrategias para disminuir el impacto de la violencia en las mujeres guiadas por la evidencia científica existente.

8. Metodología de la hoja informativa

Se realizó una búsqueda formal de revisiones sistemáticas, sin restricción de idioma y fecha, para detectar estudios que incluyan violencia doméstica (principalmente durante el embarazo) y sus causas y consecuencias, como así también las estrategias de abordaje e intervenciones.

La búsqueda se realizó hasta el 22 de febrero de 2014. Revisiones antiguas incluidas en revisiones más recientes, fueron excluidas para no duplicar información.

Se utilizaron los siguientes términos MESH para la búsqueda en las bases de datos electrónicas Medline y Cochrane Library: "pregnancy" y "domestic violence". También se realizó búsqueda manual en referencias de artículos seleccionados, Google Scholar y en sitios específicos de OPS-OMS.

Se localizaron 104 referencias y finalmente se incluyeron 18 revisiones sistemáticas para esta síntesis de evidencias.

Referencias bibliográficas

Revisiones sistemáticas

- Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2007 Apr;8(2):149-77.
- Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012 Feb 1;90(2):139G-149G.
- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2014 Jan;11(1):e1001581.
- Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452.
- Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28;2:CD009414.pub2.
- James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict*. 2013;28(3):359-80.
- Kirst M, Zhang YJ, Young A, Marshall A, O'Campo P, Ahmad F. Referral to health and social services for intimate partner violence in health care settings: a realist scoping review. *Trauma Violence Abuse*. 2012 Oct;13(4):198-208.
- Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 2007 Apr;8(2):135-48. Review. PubMed PMID: 17545571.
- McMahon S, Armstrong DY. Intimate partner violence during pregnancy: best practices for social workers. *Health Soc Work*. 2012 Feb;37(1):9-17. Review.
- Mendez-Figueroa H, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Jul;209(1):1-10.
- Nelson HD, Bougatso C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*. 2012 Jun 5;156(11):796-808, W-279, W-280, W-281, W-282. doi: 10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447.
- O'Reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2010 Oct;11(4):190-201.
- Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, Saxena S, Waheed W. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2013 Aug 1;91(8):593-6011.
- Shadigian E, Bauer ST. Pregnancy-associated death: a qualitative systematic review of homicide and suicide. *Obstet Gynecol Surv*. 2005 Mar;60(3):183-90.
- Shah PS, Shah J; Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Nov;19(11):2017-31.
- Skagerström J, Chang G, Nilsen P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Jun;20(6):901-13.
- Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30;4:CD007007. pub2.
- Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS One*. 2014 Jan 17;9(1).

Revisiones No Sistemáticas

- Colombo, Graciela et al. Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia. *Rev. argent. sociol.*, Buenos Aires, v. 4, n. 7, dic. 2006. <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482006000200004&lng=es&nrm=iso>.
- Collado Peña S, Villanueva Egan LA. [Domestic violence: an approach from gynecology and obstetrics]. *Ginecol Obstet Mex*. 2005 May;73(5):250-60. Review. Spanish
- Gottlieb AS. Domestic violence: a clinical guide for women's health care providers. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2012;14:197-202.
- Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países (156 páginas). Washington, DC : OPS, 2013.
- Pontecorvo, Carla et al. Violencia doméstica contra la mujer: Una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina (B. Aires)*, Buenos Aires, v. 64, n. 6, dic. 2004. <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802004000600003&lng=es&nrm=iso>.

Desde el OSSyR esperamos facilitar el acceso a información y herramientas de calidad a quienes toman decisiones de salud pública. El propósito es contribuir a la reducción de las muertes maternas en el menor plazo posible, en cumplimiento de las metas comprometidas, fundamentalmente para evitar muertes prevenibles e injustas. Este es el compromiso que hemos asumido con las mujeres de nuestro país.

www.ossyr.org.ar