

Merche Boix Rovira. Ginecóloga. Presidenta de la ADSP de Cantabria

Salud reproductiva y violencia DE GÉNERO

Hasta ahora, o hasta hace muy poco, los profesionales de la salud hemos visto las consecuencias de la violencia de género cuando éstas ya eran muy evidentes, actuando a la vista de lesiones físicas, en algunos casos de mucha gravedad, NO sabiendo identificar el cuadro de malos tratos que muchas veces hay detrás de muchas de las manifestaciones que la mujer presenta.

El maltrato tiene importantes repercusiones en la salud y el bienestar de las mujeres a corto y a largo plazo, va socavando su energía y confianza y afectando la salud física y psíquica de ellas y de sus hijos e hijas. Las secuelas en salud persisten incluso mucho después de que la relación de maltrato haya terminado.

Para hacernos conscientes de nuestra responsabilidad, debemos saber que, aunque sólo un pequeño porcentaje de las víctimas denuncian su situación, todas ellas asisten a un centro médico en demanda de asistencia clínica por cuadros que ni siquiera relacionan con la violencia.

Para alcanzar una adecuada percepción de las consecuencias en términos de salud de la agresión a la mujer la relacionaremos con otras patologías o situaciones. Así, el porcentaje total de AVISA (pérdida de años de vida saludable) relacionado con otras patologías es el siguiente:

- Diabetes: 8,1%.
- Problemas del parto: 7,1%.
- Agresión a la mujer: 5,6%.
- Cardiopatías isquémicas: 5,5%.
- Accidentes de tráfico: 2,2%.

Teniendo en cuenta que los AVISA por problemas del parto tienen lugar en los países pobres, en nuestro medio ocuparían el segundo lugar.

Los síntomas físicos que la violencia de género produce son muy variados y muy a menudo inespecíficos (cefaleas, dolores lumbares, dolores abdominales, dispepsias, etc.), difíciles de encuadrar, crónicos, con escasa o nula respuesta a los tratamientos habituales y acompañados de cansancio y síntomas ansioso-depresivos.

Dentro de las graves consecuencias para la salud que la violencia de género presenta, las referentes a la salud reproductiva tienen algunas connotaciones especiales:

Los embarazos

Es en el embarazo donde se inicia el maltrato en un 25% de los casos; en ocasiones es cuando la violencia empieza a ser franca y evidente, a nivel mundial una de cada cuatro mujeres es maltratada física o sexualmente durante el embarazo, hay una probabilidad de un 60,6% más de que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está. La razón que se relaciona más comúnmente con este alto riesgo de la violencia doméstica es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente, aunque las razones que lo originan no están claras. Este riesgo es superior en las embarazadas adolescentes y cuatro veces más probable si el embarazo es imprevisto o no deseado, siendo a su vez muchos de estos embarazos producto de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual o negación de uso de anticonceptivos.

«Sólo se ve lo que se mira y sólo se mira lo que se tiene en la mente»

Alphonse Bertillon



Estamos, pues, ante un periodo de especial vulnerabilidad y durante el que la mujer se va a poner en contacto con los sistemas sanitarios, es una oportunidad para los trabajadores y trabajadoras sanitarios/os para la intervención.

Consecuencias

Las características de las agresiones cambian durante el embarazo; los golpes, dirigidos a la cabeza de la víctima en la mujer no embarazada, se dirigen a los senos, el abdomen y los genitales en la mujer embarazada.

La mujer está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y otras drogas, con las consecuencias en el embarazo bien conocidas para las drogas, aunque menos para la depresión.

El control del embarazo puede no existir en absoluto, ceñirse a intervenciones de urgencia, o ser irregular y tardío.

Todo ello produce una serie de consecuencias en la evolución del embarazo, algunas de ellas directamente relacionadas con la violencia como los traumatismos abdominales y traumatismos fetales.

En otras la relación no es tan directa, pero es probable como en los sangrados durante el embarazo, abortos espontáneos, rotura prematura de membranas.

Otras complicaciones que aparecen con más frecuencia estarían relacionadas con los pocos cuidados obstétricos y de salud: insuficiente ganancia de peso, parto prematuro y distrés fetal, menor peso al nacimiento.

Relacionadas con inmunodepresión por estrés mantenido: infecciones vaginales, cervicales y renales, exacerbación de enfermedades crónicas, infecciones uterinas. Las infecciones genitales también están relacionadas con la mayor incidencia de ETS en la pareja de estas mujeres, como veremos más adelante.

Otras consecuencias: placenta previa y aumento en general de la mortalidad materna y fetal.

La violencia deteriora además la salud y el bienestar de los/as hijos/as, entre el 30 y el 60% de estos niños son también maltratados, presentan trastornos de conducta severos y un riesgo superior de ser violentos con sus parejas.

Interrupciones voluntarias de embarazo

Según un estudio realizado entre 10 clínicas donde se realizan interrupciones voluntarias de embarazo en varias ciudades españolas, detrás del 80% de las interrupciones de embarazo se esconden manifestaciones de violencia de género, como sometimiento o presiones psicológicas.

Las interrupciones voluntarias del embarazo pueden ser una



Lo que confiere mayor vulnerabilidad es la falta de poder de las mujeres sobre su cuerpo y su vida sexual y la desigualdad económica y social

manifestación más de la violencia de género que debería ser investigada y así contribuir a ampliar el perfil de las mujeres víctimas.

Se pueden dar cualquiera de las situaciones, dada la falta de autonomía de la mujer en esta situación, la presión de la pareja para continuar el embarazo con el objetivo de mantener a la mujer más aislada en el domicilio y aumentar los vínculos, dificultando así la salida de su situación, en estos casos es frecuente la interrupción sin conocimiento de la pareja y, por otra parte, la presión de la pareja para que interrumpa la gestación.

SIDA y enfermedades de transmisión sexual

El SIDA tiene rostro de mujer. En el año 2003, la mitad de las infecciones ya se producían en mujeres, habiéndose producido un aumento del 40% en mujeres mayores. En EEUU es la principal causa de muerte en mujeres afroamericanas de 25 a 34 años.

En España, una de cada cuatro nuevas infecciones ocurre en mujeres, igualándose las incidencias en los más jóvenes, a su vez ha disminuido la edad de las nuevas infecciones.

La mayor vulnerabilidad de las mujeres es debida a distintos factores. **1) Biológicos:** Las mujeres son de dos a cuatro veces más susceptibles por la mayor superficie de exposición al virus que representa la mucosa vaginal, siendo en algunas circunstancias, como en niñas y jóvenes, por la inmadurez y en menopáusicas por la fragilidad de la mucosa, más vulnerable. También se hace más vulnerable la mucosa en presencia de ETS que en la mujer es más frecuente que pasen inadvertidas. Por la exposición a mayor cantidad de virus en cada relación sexual; por la mayor cantidad de virus que contiene el semen, que además permanece más tiempo en contacto con la mucosa vaginal, lo que aumenta el tiempo de exposición. **2) Económicos:** Las mujeres en el mundo tienen menor acceso a la educación, al trabajo, a las herencias, a propiedades y a créditos, por lo tanto tienen más dependencia económica, y son más pobres. Todo ello además implica mayor riesgo de tener más trabajo sexual y más relaciones transaccionales. **3) Culturales:** La discriminación por razones de sexo, que no reconoce derechos sexuales a la mujer, la estructura sociocultural androcéntrica, que asigna diferentes roles a hombres y mujeres, sitúan a éstas en una posición de subordinación, siendo más permisivas a las conductas masculinas y más vulnerables a la violencia de sus parejas. La percepción del riesgo es baja si tienen pareja estable.

Hay un conocimiento creciente de la relación entre la propagación del SIDA en mujeres y la violencia de género, considerándose la violencia de género un factor de transmisión: maltrato de parte de la pareja implica no negociación de sexo seguro y consensuado. Las conductas sexuales de riesgo son más frecuentes en estos varones.

La violencia de género es causa y consecuencia de la infección por VIH. La violencia sexual, mucho más frecuente en mujeres (en Ruanda, el 70% de las 250.000 mujeres infectadas vivas la han padecido), la explotación sexual y la prostitución.

Aunque la biología influye, lo que confiere mayor vulnerabilidad es la falta de poder de las mujeres sobre su cuerpo y su vida sexual y la desigualdad económica y social.

Diversas investigaciones han demostrado una relación positiva entre violencia sexual y doméstica (se asocian en un alto porcentaje) y la infección por VIH/ SIDA.

El miedo a la violencia impide a las mujeres buscar información sobre VIH/SIDA, hacerse los tests, asistir a los servicios de salud para prevenir la infección y recibir tratamiento y apoyo.

Actualmente hay evidencia suficiente sobre la relación entre el aumento de la infección por VIH en mujeres y la violencia de género y también sobre la existente entre la prevención del VIH y el respeto a los derechos humanos de las mujeres.

El SIDA tiene ese rostro de mujer

Patología sexual. En las relaciones violentas a menudo se utiliza el sexo para degradar a la pareja; la violencia sexual, cuando se da, forma parte del objetivo general del maltrato, que es la dominación y el control de la mujer, es decir se trata de una violación por poder, donde la recompensa sexual es secundaria.

En cualquier caso, la violencia de género, aun no existiendo violencia sexual, produce alteraciones sexuales, el sexo no es mejor que otras facetas de la relación, y aunque no exista violación muchas veces las mujeres refieren aceptar la relación por miedo a ser insultadas o a una mayor violencia.

En esta situación, los estímulos sexuales provocan ansiedad y temor a la relación sexual, que se suele traducir en falta de deseo, anorgasmia, vaginismo, falta de excitación sexual, síntomas que pueden durar incluso mucho tiempo después de haber finalizado la relación violenta.

Otros síntomas. Alteraciones menstruales, que podrían tener un origen multifactorial, por una parte producidas por el estrés mantenido, se verían agravadas por el consumo de alcohol y otras sustancias.

Dolor pélvico crónico y síntomas vagos que no encajan con un diagnóstico de enfermedad física clara, no ceden a los tratamientos habituales, no se llega a alcanzar ningún diagnóstico de patología orgánica.

Es en el embarazo donde se inicia el maltrato en un 25% de los casos

Conclusiones

Aunque la OMS reconoce que la mayoría de los trabajadores de la salud no tienen tiempo ni adiestramiento para asumir la responsabilidad exclusiva de satisfacer las necesidades de las mujeres que han sido maltratadas, indica seis puntos mínimos que los trabajadores de la salud deben asumir:

1. No dañar: las actitudes insolidarias o que culpan a la víctima pueden reforzar el aislamiento y la culpa de la mujer agredida, minar la confianza en sí misma y restar probabilidad de que las mujeres busquen ayuda.
2. Estar atentos a los posibles signos o síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.
3. Preguntar por experiencias de maltrato como parte normal de la documentación de la historia.
4. Ofrecer atención médica y documentar en la historia clínica las circunstancias del maltrato.
5. Remitir a las pacientes a los recursos disponibles en la comunidad.
6. Mantener la privacidad y el carácter confidencial de la información y los registros.

Bibliografía

- Mi marido me pega lo normal.* Miguel Lorente Acosta.
La violencia contra las mujeres. Consue Ruiz-Jarabo Quemada.
Guía de buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género. Miguel Lorente Acosta y Francisco Toquero de la Torre.
Sexualidad humana. Spencer A. Rathus y cols.
Revista Diálogos. 2004, n° 58. Victoria Virtudes.