

Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia

CONTEXTO: La violencia contra la mujer en la pareja está estrechamente relacionada con una serie de problemas de salud reproductiva y mental. Sin embargo, la relación entre la violencia intrafamiliar y la capacidad de la mujer para controlar su fecundidad no ha sido adecuadamente analizada, especialmente en los países en desarrollo.

MÉTODOS: Se realizaron análisis de regresión logística multivariada con los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia, del año 2000, con el objeto de estudiar la relación entre la violencia conyugal y el embarazo no planeado, lo cual fue incluido como un indicador del grado del control que tenían las mujeres sobre su fecundidad. Asimismo, se estudiaron las diferencias regionales con respecto a esta relación y se calculó el riesgo atribuible poblacional. La muestra consistió en 3.431 mujeres casadas alguna vez, de entre 15 y 49 años, que hubieran dado a luz durante los últimos cinco años o que en ese momento estuvieran embarazadas.

RESULTADOS: El 55% de las entrevistadas habían tenido por lo menos un embarazo no planeado, y el 38% habían sido física o sexualmente abusadas por su pareja actual o más reciente. La razón de momios ajustada de haber tenido un embarazo no planeado fue significativamente más alta si la mujer había sido abusada física o sexualmente (razón de momios, 1,4); esta relación se observó en las regiones Atlántica y Central de Colombia (1,7 cada una), pero no fue significativa en otras regiones del país. Si se elimina la violencia contra la mujer en la pareja en Colombia se calcula que podrían evitar unos 32.523–44.986 embarazos no planeados por año.

CONCLUSIONES: Estos resultados señalan la necesidad de incluir la detección y el tratamiento de la violencia contra la mujer en los programas de salud reproductiva, de fomentar la participación del hombre en los programas de control de la fecundidad, y de mejorar la respuesta social y política ante la violencia intrafamiliar.

Selección Especial de Artículos sobre Violencia Basada en Género y Salud Reproductiva, 2006, págs. 23–32

Por Christina C. Pallitto y Patricia O'Campo

Christina Pallitto es una consultora independiente, San Salvador, El Salvador. Patricia O'Campo es directora de Inner City Health Research Unit, y profesora de ciencias de salud pública en la Universidad de Toronto, Toronto, Canadá. En el momento en que se escribió este artículo las autoras eran candidatas al doctorado y profesoras, respectivamente, en el Departamento de Población y Ciencias de la Salud, en la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, EEUU.

La violencia conyugal contra la mujer es común en muchas sociedades y cada año afecta a millones de mujeres en todo el mundo. El propio carácter privado del abuso de la pareja dificulta medir su prevalencia, comprender sus factores de riesgo o abordar sus consecuencias. Sin embargo, durante la última década, numerosos trabajos de investigación han revelado elevadas tasas de violencia contra la pareja en los Estados Unidos y en todo el mundo,¹ y han identificado algunas de las consecuencias del maltrato para la salud, directas e indirectas, incluidos los problemas mentales y de salud reproductiva.² Asimismo, algunos estudios han indicado elevadas tasas de maltrato durante el embarazo³ y han vinculado este abuso a la restricción del desarrollo intrauterino, al bajo peso al nacer, a la mortalidad infantil y a otras complicaciones materno-infantiles.⁴

No obstante, la relación entre la violencia contra la pareja y la capacidad de la mujer para controlar su fecundidad no ha sido adecuadamente analizada, especialmente entre las mujeres de los países en desarrollo.⁵ Un indicador de la falta de control sobre la fecundidad es el embarazo no planeado (es decir, embarazos deseados pero para un tiempo posterior o no deseados en absoluto), lo cual ha estado relacionado con consecuencias adversas para la mujer, el feto y el recién nacido.⁶ Por lo tanto, es importante

comprender cuáles son los factores de riesgo de los embarazos no planeados, en particular aquellos relacionados con la violencia contra la mujer en la pareja.

Algunos de los trabajos de investigación disponibles sobre la violencia intrafamiliar y el control de la fecundidad han concentrado la atención en el temor de la mujer frente a la violencia como un obstáculo para el uso de anticonceptivos en general.⁷ Otros trabajos han estudiado la relación entre el maltrato de la pareja y el uso de métodos masculinos (porque las mujeres suelen enfrentarse con la violencia cuando tratan de inducir el uso del condón⁸), y entre el maltrato y los métodos femeninos (porque sus compañeros pueden maltratarlas cuando descubren que usan un método en forma oculta o sospechan de su infidelidad⁹). Si bien las pruebas reveladas en estos estudios ayudan a aclarar los mecanismos mediante los cuales la violencia y el temor a la misma podrían afectar el control de la fecundidad, este tema amerita que se realice un estudio más minucioso.

Es limitado el número de trabajos de investigación cuantitativa que han examinado directamente la relación entre la violencia contra la pareja y el control de la fecundidad,¹⁰ aunque algunos trabajos estudiaron el tema en los Estados Unidos usando datos recogidos de mujeres durante el período posparto. Varios estudios han revelado que las mu-

CUADRO 1. Características de mujeres alguna vez casadas que dieron a luz durante los últimos cinco años o que estaban embarazadas, y de mujeres alguna vez casadas que no dieron a luz durante los últimos cinco años o que no estaban embarazadas, Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia, 2000

Característica	Nacimiento reciente o embarazo actual (N=3.431)	Ningún nacimiento ni embarazo actual (N=4.285)
Demográfica		
Edad (años, media)	28,0***	37,8
Edad al primer nacimiento (años, media)†	20,7	20,7
No. de hijos (medio)	2,3***	2,6
Puntaje global socioeconómico (medio)	4,9***	5,6
Tiene en la vivienda (%)		
Refrigerador	56,5***	71,4
Teléfono	40,0***	55,0
Radio	83,4***	89,9
Televisor	81,3***	89,2
Agua corriente	82,3***	87,6
Pisos de cemento o baldosa	83,7***	89,6
Inodoro o alcantarillado	63,0***	73,9
Residencia urbana (%)	69,4***	76,9
Nivel de educación (%)		
Ninguna	3,4***	5,3
Primaria	39,3	40,8
Secundaria	48,4***	42,3
Superior a secundaria	9,0***	11,6
Empleo (%)		
Profesional, técnico o administrativo	5,3***	8,1
Asistente o vendedora	17,5***	21,2
Manual, agrícola o de servicios	28,9***	38,1
Ninguno	47,3***	32,4
Actualmente casada o cohabitando (%)	84,4***	72,4
Región		
Atlántica	29,2	27,0
Bogotá	13,6	13,8
Central	25,1	25,8
Oriental	16,6	16,1
Pacífica	15,4	17,3
Fecundidad		
Alguna vez usó anticonceptivos (%)	87,5**	89,4
Actualmente usa anticonceptivos (%)	55,1***	61,8
Gran problema si queda embarazada (%)‡	50,2***	44,6
Alguna vez no completó un embarazo (%)	22,4***	9,0
Conversó sobre asuntos de planificación familiar con su pareja (%)	16,6***	7,3
Conversó sobre asuntos de planificación familiar con otra persona que no fuera su pareja (%)	52,4***	46,1
Maltrato		
Su padre le pegaba a su madre (%)	33,1*	30,2
Alguna vez sufrió sexo forzado por otra persona que no fuera su pareja (%)	7,1	6,4

*La diferencia de las mujeres que no dieron a luz recientemente ni que estaban actualmente embarazadas es significativa a $p < .05$. **La diferencia de las mujeres que no dieron a luz recientemente ni que estaban actualmente embarazadas es significativa a $p < .01$. ***La diferencia de las mujeres que no dieron a luz recientemente ni que estaban actualmente embarazadas es significativa a $p < .001$. †La muestra para esta medida se limitó a las mujeres que habían dado a luz alguna vez. Los porcentajes están basados en las respuestas de 3.297 mujeres que recientemente habían dado a luz o estaban actualmente embarazadas y de 3.878 mujeres que no habían dado a luz recientemente y que no estaban embarazadas. ‡Con base en 2.311 mujeres que habían dado a luz recientemente o que estaban actualmente embarazadas y 2.029 mujeres que no habían dado a luz recientemente y que no estaban embarazadas.

eres que han sufrido la violencia de su compañero durante el embarazo son más proclives que aquellas que no han sido abusadas a indicar que su embarazo fue no planeado o que llegó antes de lo deseado, o que no se habían sentido felices con respecto a ese embarazo.¹¹ Sin embargo, estos estudios analizaron la relación de dos variables sin controlar otros factores. Otro estudio no encontró una relación significativa entre el maltrato y el embarazo no deseado, aunque el hecho de que se clasificaran los embarazos deseados para un tiempo posterior junto con los deseados en ese momento puede haber afectado los resultados.¹²

La mayoría de los abortos inducidos corresponden a embarazos no planeados. Los estudios que examinan la violencia doméstica entre las mujeres que procuran abortos ofrecen información importante acerca de la relación entre la violencia intrafamiliar y el embarazo no planeado.¹³ Uno de estos estudios reveló una clara relación entre el abuso y el aborto.¹⁴ Otros indicaron que las tasas de aborto eran significativamente más elevadas entre las mujeres abusadas que entre aquellas que no habían sufrido el maltrato.¹⁵

Estos estudios ofrecen ciertas pruebas de que existe una relación entre el maltrato por parte del compañero y el embarazo no planeado. Sin embargo, es necesario estudiar este problema más detenidamente para determinar si la relación es significativa mediante análisis multivariados y si hubieran resultados similares en otros contextos, en particular en los países en desarrollo. En este estudio, utilizamos los datos recogidos en una muestra de población de mujeres en Colombia en análisis de regresión logística multivariada para examinar la relación entre la violencia contra la pareja y el embarazo no planeado. Se trata del primer estudio de esta naturaleza que se realiza en un país latinoamericano.

MÉTODOS

Datos

Los análisis se basaron en datos transversales de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de Colombia de 2000.¹⁶ Utilizamos información de los cuestionarios en los que se les preguntó a mujeres en edad reproductiva (15–49 años) acerca de sus antecedentes reproductivos y sexuales, conocimiento y prácticas anticonceptivos, conocimiento y actitudes frente al VIH/SIDA, preferencias de fecundidad, estado de nutrición, experiencia de violencia intrafamiliar y partos durante los últimos cinco años. De las 11.585 entrevistadas, 7.716 habían estado alguna vez casadas (es decir, legalmente casadas o en una relación de cohabitación) y respondieron a una serie de preguntas relacionadas con la violencia entre la pareja; la falta de privacidad evitó que las entrevistadas formularan estas preguntas a 31 mujeres adicionales que habían estado alguna vez casadas. Las 3.838 mujeres restantes nunca habían estado casadas y por lo tanto no tenían experiencia con respecto a la violencia ejercido por el compañero (lo cual en este estudio se define como el cónyuge legítimo o la pareja con quien se cohabita).

De las 7.716 entrevistadas que completaron el módulo sobre la violencia intrafamiliar, 3.431 indicaron que habían

dado a luz durante los últimos cinco años o que se encontraban embarazadas en ese momento, y por lo tanto podrían haber tenido un embarazo no planeado.* Este subgrupo, al cual nos referimos como las “mujeres recientemente embarazadas”, constituye la muestra objeto de nuestro análisis.

Variabes de maltrato

Se clasificó a una mujer como haber sufrido violencia física si indicó afirmativamente cuando se le preguntó si alguna vez o frecuentemente su pareja la había empujado, golpeado con la mano o con un objeto duro, pateado o arrastrado, amenazado con un arma o un cuchillo, atacado con un cuchillo o un arma, o tratado de estrangularla o quemarla. Se consideró que una mujer había sido abusada sexualmente si ésta indicaba que alguna vez o con frecuencia había sido forzada a mantener relaciones sexuales. Compilamos esta información para crear una medida global de maltrato, la cual fue codificada como positiva para todas las mujeres que indicaron haber sufrido violencia física o sexual, fuere cual fuere la frecuencia del acto de violencia.

Se debe señalar que se les preguntó a las entrevistadas acerca de su experiencia de maltrato en su relación actual o más reciente, y no sobre toda su trayectoria de vida. En consecuencia, asumimos que este análisis subestima las tasas reales de maltrato e indica una relación más débil que la que realmente existe entre el maltrato y el embarazo no planeado. Además, como no se les preguntó a las entrevistadas si el maltrato sufrido estuvo directamente vinculado al embarazo no planeado, es posible que éstas hubieran sido maltratadas por un compañero que no hubiera sido el pareja con quien tuvieron ese embarazo no deseado.

Variable de embarazo no planeado

Se les preguntó a las entrevistadas acerca de sus intenciones con respecto a los embarazos de los últimos cinco años que concluyeron en un nacimiento, y acerca de sus deseos con respecto a su embarazo actual (si fuera relevante). Con respecto a cada embarazo, se les preguntó a las mujeres si lo habían deseado en el momento de la concepción, si hubieran preferido ese embarazo más adelante, o si hubieran deseado no quedar embarazadas en absoluto. Les clasificamos de haber tenido un embarazo no planeado a las mujeres que indicaron que hubieran preferido quedar embarazadas más adelante o que preferirían no quedar embarazadas. Decidimos que esta variable fuera dicotoma en vez de continua porque el 79% de las 1.900 mujeres que indicaron que habían tenido por lo menos un embarazo no planeado señalaron que esto había ocurrido solamente una vez.

Variabes explicativas

Entre las variables demográficas se incluyeron la edad de la mujer, el número de hijos, el lugar de residencia (urbana o rural) y el nivel de educación (ninguna, primaria, se-

*Las mujeres que participaron en este estudio tuvieron 4.684 embarazos en 1995–2000, de los cuales aproximadamente la mitad fueron no planeados. De los embarazos no planeados, el 54% fueron deseados pero para más tarde y el 46% fueron no deseados.

CUADRO 2. Entre las mujeres alguna vez casadas que habían dado a luz durante los últimos cinco años o que estaban actualmente embarazadas, porcentaje de las que indicaron que habían sido abusadas por su pareja actual o más reciente, por tipo de abuso y acto violento, y según frecuencia

Tipo y acto de abuso	Con frecuencia	Algunas veces	Total
Físico			
Empujadas	4,2	29,1	33,2
Golpeadas con la mano	3,3	23,4	26,7
Golpeadas con un objeto duro	1,7	4,9	6,6
Mordidas	0,5	2,8	3,3
Pateadas o arrastradas	1,6	8,7	12,4
Amenazadas con cuchillo o arma	0,7	5,5	6,3
Atacadas con cuchillo o arma	0,3	2,3	2,6
Intento de estrangular o quemar	0,4	3,2	3,7
Sexual	1,5	7,1	8,5

cundaria o superior al nivel secundario). Para medir el nivel socioeconómico, creamos un puntaje compuesto que incluyó el número de bienes de consumo duradero y de servicios básicos de la vivienda de las entrevistadas: refrigerador, teléfono, radio, televisor, agua corriente, pisos de cemento o de baldosa, e inodoro a alcantarillado.

Entre las características relacionadas con la fecundidad se incluyeron si la mujer había tenido un embarazo que hubiese terminado antes de término (sin distinguir entre abortos espontáneos o inducidos); si había tenido un hijo que murió; si había utilizado alguna vez un anticonceptivo moderno; si se encontraba en ese momento usando un anticonceptivo moderno; y si había conversado, con su pareja o con otra persona, acerca de cuestiones de planificación familiar. Entre otras variables relacionadas con el maltrato

CUADRO 3. Entre las mujeres alguna vez casadas que habían dado a luz durante los últimos cinco años o que estaban actualmente embarazadas, razón de momios de regresiones logísticas bivariadas que evalúan la asociación entre ciertas características y haber tenido por lo menos un embarazo no planeado

Característica	Razón de momios
Demográfica	
Edad	0,99
Edad al primer nacimiento	0,93***
No. de hijos	1,46***
Puntaje global socioeconómico	0,91***
Residencia urbana	0,93
Fecundidad	
Alguna vez usó anticonceptivos	1,05
Actualmente usa anticonceptivos	0,86*
Embarazo sería un gran problema†	2,13***
Alguna vez un embarazo terminó antes de tiempo	0,87
Conversó sobre planificación familiar con el compañero	0,90
Conversó sobre planificación familiar con otra persona	0,94
Maltrato	
Abuso físico o sexual por parte del compañero	1,64***
Padre golpeaba a la madre	1,05*
Alguna vez sufrió sexo forzado por otra persona que no fuera su pareja	1,48**

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †Basado en 2.311 mujeres.

se incluyeron si la mujer presentaba una historia familiar de violencia (por ejemplo, si su padre había golpeado a su madre) y si alguien que no fuera su pareja la había forzado a mantener relaciones sexuales.

Análisis

Todos los análisis se realizaron mediante el uso del software estadístico STATA. Calculamos las estadísticas descriptivas de las características demográficas y de fecundidad, antecedentes de violencia intrafamiliar y el sexo forzado por una persona que no fuera su pareja entre las 3.431 mujeres que habían dado a luz durante los últimos cinco años o que en ese momento se encontraban embarazadas, y entre las 4.285 mujeres que no habían tenido un nacimiento reciente o no estaban embarazadas actualmente. Comparamos los dos grupos utilizando pruebas t para las variables continuas, y pruebas de chi-cuadrado para las variables categóricas, para determinar el nivel de representatividad de las mujeres recientemente embarazadas entre todas las entrevistadas casadas alguna vez.

Resumimos las tasas de casos de violencia por la pareja entre las mujeres recientemente embarazadas de acuerdo con cada tipo de maltrato y determinamos los casos de la superposición de violencia física y sexual. Decidimos clasificar en un solo grupo a las mujeres que indicaron haber sufrido alguna de estas dos manifestaciones de violencia, si bien se puede argumentar que los mecanismos que operan entre el maltrato físico y el control de la fecundidad son diferentes a aquellos que operan entre el abuso sexual y el control de la fecundidad. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que indicaron que habían sufrido algún tipo de violencia no habían sido abusadas sexualmente (77%), y el número de las que habían quedado embarazadas recientemente que habían sufrido abuso sexual sin violencia física fue demasiado pequeño para ser analizado. Incluimos a 293 mujeres (9%) que habían sufrido solamente abuso sexual o en combinación con violencia física no sexual debido a que el abuso sexual es una forma de maltrato físico y probablemente afecta el control de la fecundidad de la mujer.

La violencia verbal no se consideró en una categoría separada porque la mayoría de las mujeres amenazadas verbalmente también son abusadas física o sexualmente. Las 218 mujeres que indicaron que habían sido objeto de expresiones fuertes sin otra forma de maltrato no constituyeron un grupo viable para ser analizado.

Realizamos análisis de regresión logística de dos variables para calcular las razones de momios no ajustadas de embarazos no planeados que están relacionadas con la medida de abuso físico y sexual y con las características demográficas y de fecundidad de las entrevistadas. Utilizamos estos resultados para crear una serie de modelos de regresión logística múltiple, cada uno de los cuales incluyó al embarazo no planeado como la variable dependiente y al maltrato físico o sexual como la variable independiente principal. Todos los modelos fueron controlados de acuerdo con la edad, nivel educativo, número de hijos, puntaje global de nivel socioeconómico y lugar de residencia,

urbana o rural. Luego agregamos las siguientes variables y evaluamos su importancia: haber usado anticonceptivos alguna vez, uso actual de anticonceptivos, antecedentes de violencia intrafamiliar, sexo forzado por una persona que no fuera su pareja, un embarazo terminado antes de término, la muerte de un hijo, y haber mantenido conversaciones sobre la planificación familiar con su pareja o con otra persona.

Realizamos pruebas para verificar la interacción existente entre el maltrato y la edad, nivel educativo, lugar de residencia y situación socioeconómica, y entre el nivel socioeconómico y la residencia urbana. Evaluamos el valor de los términos de interacción y realizamos pruebas de razones de probabilidad para determinar si el modelo mejoraba cuando se agregaban los términos de interacción.

Variación por región

Con el objeto de determinar si eran similares por todo el país las relaciones entre la violencia contra la pareja y el embarazo no planeado, comparamos las tasas de maltrato y de embarazo no planeado—y las asociaciones entre los dos—en las cinco regiones del país: Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica. En otro lugar se presentó un análisis minucioso sobre las diferencias a nivel municipal.¹⁷ Si bien controlamos el nivel socioeconómico y el lugar de residencia, urbana o rural, la gran diversidad y complejidad de la sociedad colombiana no fue capturada completamente en nuestro análisis de esta muestra nacional.

Riesgo atribuible a la población

Calculamos el nivel de riesgo de embarazos no planeados atribuible a la población en Colombia que podría ser debido a la violencia contra la pareja (es decir, riesgo atribuible a la población), después de ajustar los factores de confusión, para calcular la reducción de embarazos no planeados que resultaría si se pudiera eliminar la violencia contra la pareja. Luego utilizamos las tasas de nacimientos, de abortos inducidos y de embarazos no planeados para calcular el número total de nacimientos no planeados y abortos de embarazos no planeados que podrían evitarse si se eliminara la violencia contra la pareja en Colombia.

RESULTADOS

Como se indica en el Cuadro 1 (página 24), las entrevistadas que habían dado a luz durante los últimos cinco años o que estaban embarazadas tenían un promedio de edad de 28 años, su primer nacimiento a una edad media de 21 años, un promedio de 2,3 hijos y un puntaje medio de nivel socioeconómico de 4,9. Si bien la mayoría de estas mujeres tenían en sus viviendas radio, televisor, agua corriente y pisos duraderos (81–84%), un porcentaje menor tenían refrigerador, teléfono e inodoro a alcantarillado (40–63%). La mayoría residía en zonas urbanas (69%). Casi la mitad (48%) había cursado enseñanza secundaria y solamente el 9% había recibido instrucción a un nivel superior.

La mayoría de las entrevistadas que recientemente habían quedado embarazadas indicaron que alguna vez ha-

bían usado anticonceptivos modernos (88%), y el 55% se encontraban usando un método anticonceptivo moderno en el momento de la entrevista. La mitad manifestó que quedarse embarazada en ese momento constituía un gran problema. Casi la cuarta parte indicó que había tenido un embarazo que no llegó a término. Mientras que solamente el 17% indicó que había conversado sobre planificación familiar con su pareja, el 52% informó que lo había hecho con otra persona aparte de su pareja. Mayores investigaciones revelaron que el 84% de las mujeres que no estaban usando anticonceptivos y que indicaron que quedar embarazadas constituía un gran problema, se encontraban amantando, no estaban casadas, no eran activas sexualmente, o eran menopausicas o subfértiles (no indicado).

Las mujeres que estaban recientemente embarazadas se diferenciaban significativamente de las otras entrevistadas con respecto a la mayoría de las siguientes medidas: edad media, número de hijos y puntaje de nivel socioeconómico; igualmente se diferenciaban con respecto a cada uno de los componentes de su vivienda, lugar de residencia, nivel educativo, empleo, estado civil, todas las características relacionadas con la fecundidad e historia familiar de la violencia doméstica (no indicado).

El 38% de las mujeres recién embarazadas habían sufrido violencia física o sexual—el 29% indicaron solamente maltrato físico, el 1% abuso sexual y el 7% ambos tipos de violencia. Las formas más comunes de maltrato físico (Cuadro 2, página 25) fueron recibir empujones por parte de su compañero (33%) y ser golpeadas por sus manos (27%); las formas menos comunes fueron ser mordidas y atacadas con un cuchillo o un arma (3% cada una). La mayoría de las mujeres que habían sido maltratadas indicaron que el maltrato ocurrió sólo algunas veces. Aproximadamente el 18% de las mujeres manifestaron haber sufrido consecuencias severas del maltrato, inclusive dolor, fracturas, pérdida de embarazo, daños a los órganos o pérdida de funciones vitales (no indicado).

Un poco más de la mitad de las mujeres (55%) habían tenido por lo menos un embarazo no planeado en 1995–2000. Entre las mujeres que habían sufrido abuso físico o sexual, el porcentaje de las que clasificaban de no planeado a por lo menos un nacimiento reciente o el embarazo actual fue más elevado que el porcentaje de las que indicaron que todos los nacimientos recientes y embarazos eran deseados (63% contra 37%). Sin embargo, estos dos porcentajes no presentaban diferencias entre las mujeres no maltratadas (51% contra 49%).

En el Cuadro 3 (página 25) se indican las razones de momios no ajustadas correspondientes a embarazos no planeados y las características demográficas y de fecundidad de las entrevistadas y las variables relacionadas con el maltrato. Las probabilidades de que la mujer tuviera un embarazo no planeado disminuyeron significativamente con la edad al primer nacimiento y su puntaje global de nivel socioeconómico (razón de momios, 0,9 para ambas medidas); las probabilidades de un embarazo no deseado aumentaron con cada hijo adicional (1,5). Como era de es-

CUADRO 4. Entre las mujeres alguna vez casadas que habían dado a luz durante los últimos cinco años o que estaban actualmente embarazadas, razón de momios de la regresión logística multivariada que evalúa la asociación entre ciertas características y haber tenido por lo menos un embarazo no planeado

Característica	Razón de momios
Abuso físico o sexual	1,41***
Edad†	0,92***
Nivel de educación	
Primaria	1,09
Secundaria	1,29
Superior a secundaria	1,47
No. de hijos‡	1,88***
Puntaje global socioeconómico	1,07*
Alguna vez un embarazo terminó antes de tiempo	0,81*
Puntaje global socioeconómico x residencia urbana	0,90*

*p<.05. ***p<.001. †La razón de momios indica un cambio en la probabilidad del embarazo no planeado por cada año por encima del promedio de edad de 28 años. ‡La razón de momios indica un cambio en la probabilidad del embarazo no planeado con cada hijo adicional por encima del promedio de dos.

perar, el uso actual de anticonceptivos fue un factor de protección contra el embarazo no planeado (0,9), y las mujeres que manifestaron que un embarazo sería un gran problema presentaban unas mayores probabilidades de tener un embarazo no planeado (2,1). Haber tenido un padre que maltrató a su madre, y antecedentes de sexo forzado por una persona que no fuera su pareja, estuvieron positivamente relacionados con el embarazo no planeado (1,1 y 1,5, respectivamente). Asimismo, encontramos una relación estadísticamente significativa entre el embarazo no planeado y el maltrato físico o sexual ejercido por el compañero (1,6).

En un análisis de regresión logística que controló los factores demográficos y de fecundidad (Cuadro 4),* la violencia contra la pareja seguía estando significativamente asociada con el embarazo no planeado después de haber introducido los factores de control (razón de momios, 1,4). Cada año adicional por encima del promedio de edad de 28 años estuvo relacionado con una reducción del riesgo de un embarazo no planeado (0,9). Cada hijo adicional por encima del promedio de dos hijos estuvo relacionado con un mayor riesgo de un embarazo no planeado (1,9).† Asimismo, aumentaron significativamente las probabilidades con cada punto adicional sobre el puntaje global del nivel socioeconómico de las entrevistadas (1,1). Las mujeres que habían tenido un embarazo que terminó en forma temprana fueron significativamente menos proclives a haber tenido un embarazo no planeado que aquellas que no presentaban esta característica (0,8). En este modelo, el nivel educativo no estuvo significativamente relacionado con el riesgo de un embarazo no planeado.

*Las variables uso de anticonceptivos, antecedentes de violencia en la familia, el sexo forzado por otra persona que no fuera su pareja, y la discusión sobre asuntos de planificación familiar con su pareja o con otra persona no tuvieron efectos significativos y se las excluyeron de este modelo.

†Se les asignó valores promedios a las variables edad actual y número de hijos para que los resultados fueran de más fácil interpretación.

**CUADRO 5. Entre las mujeres alguna vez casadas que habi-
an dado a luz durante los últimos cinco años o que estaban
embarazadas, porcentaje de las que indicaron haber sufrido
abuso físico o sexual, porcentaje de las que tuvieron por
lo menos un embarazo no planeado y razón de momios
ajustada, por región**

Región	Abuso físico o sexual	Embarazo no planeado	Razón de momios
Atlántica	31,1	53,7	1,65**
Bogotá	42,1	53,9	1,22
Central	35,7	55,9	1,66**
Oriental	41,3	56,4	1,13
Pacífica	45,4	58,0	1,15

**p<.01. *Notas:* Las cifras se basan en datos correspondientes a 1.002 mujeres de la región Atlántica; 468 de Bogotá; 861 de la región Central; 571 de la región Oriental; y 529 de la región Pacífica. Las razones de momios están ajustadas por edad, número de hijos, puntaje global socioeconómico, nivel educativo, antecedentes de embarazos terminados, e interacción entre el puntaje socioeconómico y el lugar de residencia urbana. La razón de momios correspondiente a Bogotá no fue ajustada con respecto a la interacción entre el puntaje socioeconómico y la residencia urbana porque esa zona es considerada urbana.

Identificamos una interacción estadísticamente significativa entre el puntaje global del nivel socioeconómico y el lugar de residencia urbana, lo cual sugiere que la condición socioeconómica fue un importante factor de protección contra el embarazo no planeado únicamente en los centros urbanos. Si bien realizamos pruebas con otros componentes de interacción, éste fue el único que tuvo valor estadístico o que mejoró el poder del modelo.

En el Cuadro 5 se presentan los porcentajes de mujeres que sufrieron maltrato por parte de su compañero y de las que tuvieron embarazos no planeados, así como las razones de momios ajustadas, en las cinco regiones geográficas principales. La tasa de maltrato físico o sexual más elevada se registró en la región Pacífica (45%), seguida de Bogotá (42%) y la región Oriental (41%). La región Atlántica presentó la tasa de maltrato más baja (31%) y, junto con Bogotá, tuvo la tasa más baja de embarazos no planeados (54%), en tanto que la región Pacífica presentó la tasa más elevada de em-

*La tasa de natalidad de Colombia es de aproximadamente 21,6 nacimientos por cada 1.000 personas y la población, en enero de 2003, era de aproximadamente 41.662.073 habitantes (fuente: Agencia Central de Inteligencia (CIA), *The World Factbook 2003, 2003*, <<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/co.html>>, accedido el 10 de enero de 2004). Mediante el uso de estas estadísticas, calculamos el número total de nacimientos por año, lo cual ascendió a 899.484 y—tomando en cuenta que el 55% de los nacimientos registrados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia de 2000 fueron no planeados—el total de nacimientos no planeados por año ascendió a 494.716. Si se pudieran reducir los embarazos no planeados en un 5% mediante la eliminación de la violencia contra la pareja, se podrían evitar 24.736 nacimientos no planeados por año.

†Esta cifra se basa en una gama de estimaciones del número de abortos realizados en Colombia; la estimación más conservadora es de 173.037 abortos por año (fuente: Singh S y Wulif D, 1994, referencia 30), y la estimación más elevada es de 450.000 abortos al año (fuente: referencia 29). Asumimos que el 90% de los abortos (155.733–405.000) son debidos a los embarazos no planeados, porque un estudio realizado a mujeres en los Estados Unidos indicó que el 10% de los abortos se realizaron por otras razones (fuente: referencia 31). Una reducción del 5% resultaría en 7.787–20.250 menos abortos por año y en 32.523–44.986 menos embarazos no planeados (nacimientos más abortos) por año. Es probable que se subestime el número total de embarazos no planeados que se podrían evitar, porque por lo menos algunos embarazos no planeados terminan en abortos espontáneos, los cuales supuestamente también se reducirían si se eliminara la violencia contra la pareja.

barazos no planeados (58%). Las razones de momios ajustadas indicaron que en las regiones Atlántica y Central, el embarazo no planeado fue significativamente más común entre las mujeres maltratadas que entre las demás mujeres (razón de momios, 1,7 para ambas regiones).

Los cálculos basados en el riesgo atribuible a la población sugieren que si se eliminara la violencia contra la pareja en Colombia, los embarazos no planeados disminuirían en un 5%. Esto se traduciría en una reducción de 24.736 nacimientos no planeados* y unos 7.787–20.250 menos abortos por año;† es decir, hubiera, en total, unos 32.523–44.986 menos embarazos no planeados por año.

DISCUSIÓN

Encontramos una relación de magnitud moderada entre el embarazo no planeado y la violencia intrafamiliar, aún después de ajustar los resultados por las características demográficas y de fecundidad de las entrevistadas. Esta relación se puede explicar mediante varios y diversos mecanismos. Una posibilidad es que algunas mujeres quedaron embarazadas en forma no intencional como resultado directo de un caso de abuso sexual. Sin embargo, debido a que las mujeres que indicaron únicamente el maltrato físico también presentaban un elevado riesgo de tener un embarazo no planeado, es más probable que estuviera presente otro mecanismo—por ejemplo, que la mujer maltratada vive en un entorno de temor y del dominio del hombre, de modo que carece de la capacidad de controlar su fecundidad.

En un estudio previo basado en los mismos datos obtenidos en Colombia, Pallitto y O'Campo midieron los efectos a nivel de la comunidad de la inequidad de género, la autonomía de la mujer y el control patriarcal con respecto a la relación entre la violencia intrafamiliar y el control de la fecundidad.¹⁸ Tener un embarazo no planeado estuvo significativamente relacionado con vivir en una comunidad de alto sentido patriarcal y en la que había un elevado nivel de violencia intrafamiliar. Si bien en estudios previos se han identificado pruebas de que la inequidad de género está asociada con la violencia intrafamiliar contra la mujer,¹⁹ y que la falta de autonomía o status está vinculada con la falta de control sobre la fecundidad,²⁰ este estudio realizado en Colombia fue el primero en analizar los efectos de estos componentes entre la violencia contra la pareja y el embarazo no planeado.

El estudio realizado a nivel de la comunidad ofrece un análisis en profundidad de las variaciones regionales que existen entre la violencia contra la pareja y el embarazo no planeado. La presencia de estas variaciones regionales indica la heterogeneidad de la sociedad colombiana y la necesidad de considerar las diferencias culturales y regionales que no fueron controladas en el presente análisis. Es necesario ampliar los trabajos de investigación en esta materia para determinar cuáles subregiones o municipalidades presentan tasas particularmente elevadas de violencia intrafamiliar y embarazos no planeados; explorar los factores de riesgo que existen en estas áreas; y encauzar los recursos y programas destinados a abordar estos problemas.

Se deben señalar algunas limitaciones que presenta este estudio. En los modelos de regresión multivariada no se incluyeron las variables relacionadas con las creencias y características del compañero debido a la falta de una gran cantidad de datos. Como resultante de ello, fue imposible determinar los efectos de estas variables sobre las intenciones de embarazo de la mujer sobre su control de la fecundidad. Sin embargo, en trabajos de investigación previos se ha sugerido que las tasas de violencia intrafamiliar son más elevadas en las sociedades en las que está avanzando y mejorando la condición de la mujer que en aquellas en las que el papel de los géneros se mantiene en forma estática.²¹ En los datos recopilados en Colombia, las elevadas tasas de violencia intrafamiliar y de embarazos no planeados, y la relación entre los dos, sugieren que existe una tensión entre la mujer y su pareja. Es necesario estudiar este tema con mayor profundidad para determinar si estos fenómenos están relacionados con el cambio de la condición de la mujer y las relaciones de género en la sociedad colombiana.

Las informaciones potencialmente incompletas constituyen un gran problema para los trabajos de investigación sobre la violencia contra la pareja debido a la gran susceptibilidad del tema, su estigma social y las preocupaciones de la privacidad de las participantes y la seguridad de las mismas. Si los investigadores no abordan los posibles problemas de seguridad y ética, las mujeres pueden no responder con honestidad a las preguntas sumamente íntimas y pueden encontrarse en una situación de riesgo y ser víctimas de un mayor maltrato o trauma psicológico.²² El problema de suministrar información incompleta ha sido demostrado por Ellsberg y colegas, quienes demostraron que dos estudios específicamente diseñados para obtener datos sobre la violencia conyugal contra la mujer entre las mujeres de Nicaragua presentaron tasas más elevadas que los análisis de los datos recopilados en un módulo de violencia intrafamiliar de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA).²³ Las tasas de maltrato durante toda la vida fueron del 52% en el estudio realizado en León y el 69% en el estudio hecho en Managua, en comparación con sólo el 28% que resultó en una muestra representativa nacional de la ENDESA.

Si bien es posible que las tasas de violencia contra la pareja fueran más elevadas en León y en Managua que en el resto del país, Ellsberg y colegas sugirieron que los resultados de los estudios que centraron la atención en el maltrato por parte del compañero fueron más exactos que aquellos que se basaron en los datos de la ENDESA porque las entrevistadoras fueron adiestradas específicamente para recopilar datos sobre la violencia; porque la precaución y la seguridad fueron abordadas en forma más completa; y porque se ofrecieron servicios de referencia. A la luz de estos resultados y al hecho de que la ENDS de Colombia no mide el maltrato con relación al total de vida de la persona, es probable que las tasas de violencia identificadas en nuestro estudio sean subestimadas y que haya sido debilitada la relación entre la violencia contra la mujer y el embarazo no planeado.

El carácter transversal de los datos de la ENDS limita las conclusiones que se pueden extraer de estos análisis en varias formas. En primer lugar, está el potencial del sesgo de rememoración o la inestabilidad de las declaraciones con respecto a las intenciones de embarazo correspondientes a los cinco años previos. Estudios anteriores han demostrado que las percepciones de la mujer con respecto a sus deseos pueden cambiar a través del tiempo y, específicamente, que un embarazo que originalmente era considerado no deseado puede convertirse en un embarazo deseado después del nacimiento.²⁴ Además, con base en estos datos no es posible evaluar la cronología de la relación que existe entre la violencia contra la pareja y el embarazo no planeado, si bien el hecho de que disponemos de cinco años de datos sobre el embarazo hace que los resultados sean más confiables.

Nuestra hipótesis es que la violencia conduce al embarazo no planeado, aunque también se puede argumentar que el embarazo no planeado precipita el maltrato. Dicha hipótesis está apoyada por varios estudios en los que la mayoría de las mujeres que habían sido física o sexualmente abusadas durante su embarazo indicaron que ese abuso se inició antes del embarazo.²⁵ Un estudio realizado por Saltzman y colegas también reveló menores tasas de maltrato durante el embarazo que antes del embarazo,²⁶ un resultado que es apoyado por un estudio realizado en México, el cual indicó que el abuso físico y sexual disminuyó durante el embarazo a pesar de haber aumentado el abuso emocional.²⁷ En otro estudio, Ellsberg y colegas notaron el temprano inicio del maltrato entre mujeres casadas en una numerosa muestra de Nicaragua, la cual presenta más pruebas de abuso durante el período previo al embarazo.²⁸

Nuestro estudio se ve limitado también por la falta de datos sobre las intenciones de las mujeres de quedar embarazadas más de cinco años previos a la encuesta. La muestra de mujeres que habían estado embarazadas durante los cinco años previos no fue representativa de todas las entrevistadas que estuvieron alguna vez casadas; mayores análisis revelaron que las tasas de abuso físico y sexual fueron significativamente elevadas, y que las tasas de uniones actuales fueron significativamente reducidas, entre las mujeres alguna vez casadas que no habían sido embarazadas recientemente. Al excluir del análisis la información sobre este grupo de mujeres que a lo mejor habían quedado embarazadas más allá en el pasado quizá nos llevó a subestimar la relación entre la violencia contra la mujer y el embarazo no planeado.

Las intenciones de embarazo se midieron únicamente para los casos de los embarazos que concluyeron en un nacimiento vivo; nuestro análisis no tomó en cuenta los casos de embarazos que fueron terminados en forma temprana—es decir, los abortos espontáneos e inducidos. Si bien el aborto inducido es ilegal en Colombia, un estudio estimó que en ese país se realizan unos 450.000 abortos al año;²⁹ estimaciones más conservadoras lo sitúan dicho número entre 173.037 y 404.000.³⁰ Debido a que los embarazos que terminan en abortos inducidos por lo general son no planeados,³¹ la falta

de datos sobre las intenciones con respecto a los embarazos terminados probablemente nos llevó a subestimar las tasas de embarazos no planeados. Esta suposición es apoyada por el hecho de que las probabilidades de tener un embarazo no planeado que terminó en un nacimiento vivo se reducían significativamente si la mujer había tenido anteriormente un embarazo que terminó antes de tiempo.

A pesar de estas limitaciones, los resultados que aquí se presentan revelan una relación significativa entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado. Este es el primer estudio basado en una población latinoamericana que ha detectado esta relación. Es necesario realizar mayores estudios sobre los mecanismos que rigen esta relación entre la violencia conyugal y el embarazo no planeado, y se requiere que se realicen más trabajos de investigación para abordar cuestiones similares en otros países de América Latina y otras regiones del mundo. Además, trabajos de investigación cualitativa ayudarán a ampliar nuestro conocimiento sobre el vínculo entre la violencia intrafamiliar y el embarazo no planeado y sobre la forma en que esta relación es influenciada por la relación entre los géneros a nivel comunitario y de la sociedad.

El embarazo no planeado está relacionado con muchos problemas adversos a la salud de las mujeres y los niños, inclusive la participación tardía en los programas de atención prenatal, el bajo peso al nacer, el muy bajo peso al nacer, la mortalidad perinatal y las complicaciones del posparto.³² Además, es menos probable que los nacimientos no planeados tengan lugar en una institución de salud, y que los niños cuya concepción fue no planeada sean amantados.³³ Otros resultados adversos pueden incluir la mortalidad materna debido a complicaciones causadas por un aborto provocado, especialmente en los países donde este procedimiento es ilegal.³⁴ Nuestros resultados sobre el riesgo atribuible a la población sugieren que las consecuencias de los embarazos no planeados en la salud pública podrían reducirse sustancialmente si se reduce o elimina la violencia contra la mujer en la pareja. En este contexto, se debe dar más apoyo a los esfuerzos dirigidos a reducir los factores de riesgo de los embarazos no planeados, incluida la violencia contra la mujer.

CONCLUSIÓN

El carácter dinámico de la sociedad colombiana, los rápidos cambios que han ocurrido con respecto a la educación y el trabajo de la mujer, y los cambios de las tasas de fecundidad registrados durante los últimos 30 años convierten a Colombia en un importante entorno para abordar el problema de la violencia contra la mujer y el control de su fecundidad. La legislación colombiana dispone del marco jurídico de protección a la mujer contra el maltrato; sin embargo, el cumplimiento y aplicación de esta legislación es incongruente.³⁵ Si bien muchas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales trabajan en Colombia para prevenir y abordar el problema de la violencia intrafamiliar, es necesario realizar mayores esfuerzos para promover la participación del hombre en los programas

de salud reproductiva; para examinar a las mujeres en los centros de salud para identificar casos de violencia conyugal; para llevar a cabo campañas a nivel de la sociedad para eliminar el ciclo intergeneracional de la aceptación social del maltrato; para prestar servicios de protección a las mujeres abusadas, tales como refugios y grupos de apoyo; y para mejorar la situación de la mujer a través de programas educativos y ocupacionales.

Al lograr un mayor conocimiento acerca de la relación entre el maltrato de la mujer y el control de la fecundidad en Colombia, los esfuerzos que se realizan a nivel local e internacional pueden abordar con mayor eficacia el riesgo de la mujer ante la violencia y el embarazo no planeado y las amenazas que esto representa para su salud, seguridad y bienestar. Este estudio demuestra la magnitud de estos problemas sociales y la urgencia con que los mismos deben ser abordados.

REFERENCIAS

1. Heise L, Ellsberg M y Gottemoeller M, Ending violence against women, *Population Reports*, 1999, Series L, No. 11; y Ellsberg MC et al., Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua, *American Journal of Public Health*, 1999, 89(2):241-244.
2. Campbell J et al., Intimate partner violence and physical health consequences, *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162(10):1157-1163; Golding JM, Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis, *Journal of Family Violence*, 1999, 14(2):99-132; Moore M, Reproductive health and intimate partner violence, *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(6):302-306 & 312; Heise L, Ellsberg M et al. y Gottemoeller M, 1999, op. cit. (véase referencia 1); y Ellsberg M, Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study, *American Psychologist*, 1999, 54(1): 30-36.
3. Cokkinides VE y Coker AL, Experiencing physical violence during pregnancy: prevalence and correlates, *Family and Community Health*, 1998, 20(4):19-37; Gazmararian JA et al., Prevalence of violence against pregnant women, *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275(24):1915-1920; Johnson JK et al., The prevalence of domestic violence in pregnant women, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 110(3):272-275; y Valladares E et al., Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua, *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100(4):700-705.
4. Bullock LF y McFarlane J, The birth-weight/battering connection, *American Journal of Nursing*, 1989, 89(9):1153-1155; Murphy CC et al., Abuse: a risk factor for low birth weight? a systematic review and meta-analysis, *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164(11): 1567-1572; Parker B, McFarlane J y Soeken K, Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women, *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 84(3):323-328; Petersen R et al., Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research, *American Journal of Preventive Medicine*, 1997, 13(5):366-373; Valladares E et al., 2002, op. cit. (véase referencia 3); Janssen PA et al., Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188(5):1341-1347; Jejeebhoy SJ, Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(3):300-308; y Cokkinides VE et al., Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes, *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93(5 Pt 1):661-666.
5. Heise L, Violence, sexuality and women's lives, en: Parker RG y Gagnon JH, eds., *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*, Nueva York: Routledge, 1995; Dixon-Mueller R, The sexuality connection in reproductive health, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(5):269-282; y Folch-Lyon E, de la Macorra L y Schearer SB, Focus group and survey research on family planning in Mexico, *Studies in Family Planning*, 1981, 12(12):409-432.
6. Bustan MN y Coker AL, Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death, *American Journal of Public Health*, 1994,

- 84(3):411-414; Conde-Agudelo A y Belizán JM, Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study, *BMJ*, 2000, 321(7271):1255-1259; Konje JC, Obisesan KA y Ladipo OA, Health and economic consequences of septic induced abortion, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1992, 37(3): 193-197; Marsiglio W y Mott FL, Does wanting to become pregnant with a first child affect subsequent maternal behaviors and infant birth weight? *Journal of Marriage and Family*, 1988, 50(4):1023-1036; y Sable MR et al., Pregnancy wantedness and adverse pregnancy outcomes: differences by race and Medicaid status, *Family Planning Perspectives*, 1997, 29(2):76-81.
7. Heise L, 1995, op. cit. (véase referencia 5); y Bawah AA et al., Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54-66.
8. Eby KK et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners, *Health Care for Women International*, 1995, 16(6):563-576.
9. Bawah AA et al., 1999, op. cit. (véase referencia 7); Biddlecom AE y Fapohunda BM, Covert contraceptive use: prevalence, motivations, and consequences, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(4):360-372; y Rao V, Wife beating in rural south India: a qualitative and econometric analysis, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(8):1169-1180.
10. Goodwin MM et al., Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997, *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 4(2):85-92; y Gazmararian JA et al., The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns, *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 85(6):1031-1038.
11. Hillard PJA, Physical abuse in pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*, 1985, 66(2):185-190; Stewart DE y Cecutti A, Physical abuse in pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 1993, 149(9):1257-1263; Jacoby M et al., Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents, *American Journal of Preventive Medicine*, 1999, 16(4):318-321; y Amaro H et al., Violence during pregnancy and substance use, *American Journal of Public Health*, 1990, 80(5):575-579.
12. Cokkinides VE y Coker AL, 1998, op. cit. (véase referencia 3).
13. Evins G y Chescheir N, Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services, *Women's Health Issues*, 1996, 6(4):204-210; Glander SS et al., The prevalence of domestic violence among women seeking abortion, *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 91(6): 1002-1006; y Leung TW et al., A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2002, 77(1):47-54.
14. Leung TW et al., 2002, op. cit. (véase referencia 13).
15. Amaro H et al., 1990, op. cit. (véase referencia 11); Janssen PA et al., 2003, op. cit. (véase referencia 4); y Webster J, Chandler J y Battistutta D, Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174(2):760-767.
16. Ojeda G, Ordóñez M y Ochoa LH, *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Resultados, 2000*, Bogotá, Colombia: PROFAMILIA, 2000.
17. Pallitto CC y O'Campo P, Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(10): 2205-2216.
18. Ibid.
19. Yllo K, Sexual equality and violence against wives in American states, *Journal of Comparative Family Studies*, 1983, 14(1):676-686; Smith MD, Patriarchal ideology and wife beating: a test of a feminist hypothesis, *Violence and Victims*, 1990, 5(4):257-273; y Ellsberg M et al., Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua, *Social Science & Medicine*, 2000, 51(11):1595-1610.
20. Dyson T y Moore M, On kinship structure, female autonomy, and demographic behavior in India, *Population and Development Review*, 1983, 9(1):35-60; Govindasamy P y Malhotra A, Women's position and family planning in Egypt, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(6):328-340; y Hindin MJ, Women's autonomy, women's status and fertility-related behavior in Zimbabwe, *Population Research and Policy Review*, 2000, 19(3):255-282.
21. Campbell JC, Sanctions and sanctuary: wife battering within cultural contexts, en: Counts DA, Brown JK y Campbell JC, eds., *To Have and to Hit: Anthropological Perspectives on Wife Beating*, Urbana, IL, EEUU: University of Illinois Press, 1999; Koenig M et al., Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects, *Demography*, 2003, 40(2):269-288; y Schuler SR et al., Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh, *Social Science & Medicine*, 1996, 43(12):1729-1742.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women*, Ginebra: OMS, 2001.
23. Ellsberg M et al., Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(1):1-16.
24. Bankole A y Westoff CF, The consistency and validity of reproductive attitudes: evidence from Morocco, *Journal of Biosocial Science*, 1998, 30(4):439-455; y Moos MK et al., Pregnant women's perspectives on intendedness of pregnancy, *Women's Health Issues*, 1997, 7(6):385-392.
25. Helton AS, McFarlane J y Anderson ET, Battered and pregnant: a prevalence study, *American Journal of Public Health*, 1987, 77(10):1337-1339; y Stewart DE y Cecutti A, 1993, op. cit. (véase referencia 11).
26. Saltzman LE et al., Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states, *Maternal and Child Health Journal*, 2003, 7(1):31-43.
27. Castro R, Peek-Asa C y Ruiz A, Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy, *American Journal of Public Health*, 2003, 93(7):1110-1116.
28. Ellsberg M et al., 2000, op. cit. (véase referencia 19).
29. Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), *Derechos Reproductivos en Colombia—Un Reporte Sombra*, Washington, DC: CRLP, 1998.
30. Henshaw SK, Singh S y Haas T, La incidencia del aborto inducido a nivel mundial, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1999, págs. 16-24; y Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, págs. 3-13.
31. Torres A y Forrest JD, Why do women have abortions? *Family Planning Perspectives*, 1988, 20(4):169-176.
32. Joyce TJ y Grossman M, Pregnancy wantedness and early initiation of prenatal care, *Demography*, 1990, 27(1):1-17; Marsiglio W y Mott FL, 1988, op. cit. (véase referencia 6); Sable MR et al., Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri, 1987-88, *Public Health Reports*, 1990, 105(6):549-555; Morris NM, Udry JR y Chase CL, Reduction of low birth weight birth rates by the prevention of unwanted pregnancies, *American Journal of Public Health*, 1973, 63(11):935-938; Korenman S, Kaestner R y Joyce T, Consequences for infants of parental disagreement in pregnancy intention, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34(4):198-205; Laukaran VH y van den Berg BJ, The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications: a cohort study of unwanted pregnancy, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 136(3):374-379; y Bustan MN y Coker AL, 1994, op. cit. (véase referencia 6).
33. Gage AJ, Premarital childbearing, unwanted fertility and maternity care in Kenya and Namibia, *Population Studies*, 1998, 52(1):21-34; Chinebuah B y Perez-Escamilla R, Unplanned pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding among primiparous women in Ghana, *Journal of Nutrition*, 2001, 131(4):1247-1249; Dye TD et al., Unintended pregnancy and breastfeeding behavior, *American Journal of Public Health*, 1997, 87(10):1709-1711; y Perez-Escamilla R et al., Specifying the antecedents of breast-feeding duration in Peru through a structural equation model, *Public Health Nutrition*, 1999, 2(4): 461-467.
34. Baker J y Khasiani S, Induced abortion in Kenya, case histories, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(1):34-44; Unuigbo JA et al., Abortion-related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1988, 26(3):435-439;

y Okonofua FE et al., Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):67-77.

35. CRLP, 1998, op. cit. (véase referencia 29).

Reconocimientos

Las autoras agradecen a Jacquelyn Campbell, Michael McQuestion y Andrea Gielen por sus comentarios sobre una versión anterior de este artículo.

Para comunicarse con la autora: cpallitt@jhsph.edu

Publicado originalmente en inglés en *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):165-173.