Diferencias étnicas de la violencia física intrafamiliar contra la mujer embarazada en Ometepec

Sergio Paredes-Solís*

La violencia contra la mujer en el hogar se ha documentado en todos los países y ambientes socioeconómicos, y las evidencias existentes indican que su alcance es mucho mayor de lo que se suponía (OMS/OPS, 1998). La violencia contra la mujer tiene diferentes manifestaciones que abarcan la violencia física, sicológica, sexual y económica. Afecta a las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales, de todas las religiones y de todos los grupos étnicos. Al mismo tiempo, las tasas con las que el problema ocurre son variables a través de estos factores. Parece que el factor principal de riesgo para la violencia doméstica contra la mujer es, precisamente, el hecho de ser mujer (García, 2000: 41).

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM), en México, con datos recolectados en usuarias de los servicios públicos de salud, reportó que 60% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia en su vida, 21% son víctimas de cualquier tipo de violencia con su actual pareja y 14% tuvieron violencia física durante el embarazo (Olaiz, 2006: S232-S238).

En México, la mayoría de las investigaciones se han diseñado para medir la violencia física en las embarazadas usuarias de los servicios de salud. En una muestra representativa de las mujeres de la ciudad de Durango, se halló que 13%, recibieron golpes durante el embarazo (Alvarado, 1998:481-486). En otro estudio realizado en el hospital civil de Cuernavaca, Morelos, se encuestó a la mujer en un lapso no mayor a 24 horas después del parto, la violencia física durante el embarazo se presentó en el 13.6% de las pacientes (Valdez, 1996: 352-362). El 13% de las

* Ascencio Villegas-Arrizon y Neil Andersson. Profesores e investigadores del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET) de la Universidad Autónoma de Guerrero.

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DE LA OBRA ESTADO DEL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE GUERRERO, PUBLICADO POR EL PROGRAMA UNIVERSITARIO MÉXICO NACIÓN MULTICULTURAL-UNAM Y LA SECRETARÍA DE ASUNTOS INDÍGENAS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO, MÉXICO 2009.

SIPIG-UNAM

usuarias de los servicios de salud de los estados de alta marginación en México, incluido Guerrero, reportó haber sufrido violencia durante alguno de sus embarazos (Cuevas, 2006: S239-S249). La estimación de la ocurrencia de violencia física en la embarazada tendrá diferentes valores dependiendo del instrumento de medición y el contexto en donde se desarrolla la investigación (Ballard, 1998: 274-276).

Pertenecer a un grupo étnico minoritario se ha encontrado como factor de riesgo para la violencia física intrafamiliar contra la embarazada. Se han identificado como factores de riesgo asociados a la violencia física contra la embarazada, pertenecer a un grupo étnico, alcoholismo del compañero, baja escolaridad de la mujer y su pareja, experiencia de violencia física y sexual en la niñez, eventos negativos en los 12 últimos meses y percepción elevada de estrés (Muhajarine, 1999: 1007-1011; Paredes, 2005: 335-341; Cuevas, 2006: S239-S249). Con base en el análisis multivariado de riesgo de violencia física en el embarazo, se definieron las características de las mujeres golpeadas durante el embarazo con tres grupos de factores de riesgo: inestabilidad social, estilo de vida no saludable y problemas de salud (Stewart, 1993: 1257-1263).

La medición de la violencia contra las embarazadas a partir de mujeres que demandan atención médica, deja fuera de las estadísticas a quienes por alguna razón de acceso —geográfico, económico o cultural— no usan los servicios de salud. Existe otro vacío de información sobre este tipo de violencia en las minorías étnicas. Pocos estudios describen la magnitud y trascendencia de este tipo de violencia en la población indígena. De hecho, la investigación que aquí reportamos fue diseñada sin una orientación especial hacia las mujeres indígenas. Las características de la localidad donde se realizó el estudio nos permitió obtener algunos resultados que enfatizan la diferencia entre la mujer mestiza y la indígena en la violencia física intrafamiliar durante el embarazo. Algunos de los resultados de la investigación se han publicado anteriormente (Paredes, 2005: 335-341), pero no discriminaron las diferencias étnicas con detalle. Aquí presentamos otros resultados relevantes de este estudio.

La población del estudio

Ometepec se ubica en la Costa Chica de Guerrero, una de las regiones más pobres de México. Es la principal localidad y cabecera del municipio del mismo nombre. La ciudad más importante de la zona, Acapulco, se encuentra a cinco horas de viaje en autobús. Sus principales actividades

SIPIG-UNAM

económicas son la agricultura y la ganadería. Se estima que Ometepec tiene 11 500 habitantes, la mayoría es población mestiza; hay grupos indígenas, principalmente amuzgos y mixtecos. Existen tres clínicas de servicios de salud de primer nivel de atención (IMSS, ISSSTE y SSA), un hospital general del gobierno estatal y algunas clínicas privadas.

El estudio consistió en una encuesta casa por casa a toda la población de la localidad. El universo de estudio incluyó a las mujeres en edad fértil de la localidad y la unidad de observación fue la mujer que tuvo al menos un embarazo en los últimos tres años. La definición operativa de caso con violencia física en el embarazo fue la mujer que respondió afirmativamente a la pregunta: ¿Fue golpeada intencionalmente por alguien de su familia durante el embarazo? Además del antecedente de violencia física intrafamiliar se recolectaron datos generales de la mujer como edad, escolaridad y grupo étnico. Este último se registró de acuerdo con la lengua que refiriera hablar la mujer. También se preguntó sobre antecedentes ginecobstétricos, asistencia a control prenatal, alimentación durante el embarazo, consumo de alcohol y tabaco.

Los datos de la pareja de la mujer, sobre escolaridad y consumo de alcohol, fueron proporcionados por la entrevistada. Respecto a la violencia física se indagó quién fue el agresor y la frecuencia de los golpes, la ocurrencia de violencia física cuando no está embarazada, y el sentimiento de humillación y menosprecio como una consecuencia. También se registró la percepción de las causas de algunos problemas de salud durante el embarazo.

El análisis de datos incluyó estimaciones de las frecuencias simples de las variables de estudio. Se utilizó el procedimiento de Mantel y Haenszel para la estimación cruda y no sesgada de la razón de momios (RM y RMNS) y sus intervalos de confianza de 95% (IC95%), y la heterogeneidad en subgrupos poblacionales se evaluó con la prueba de X^2 de Woolf (Andersson, 1990). La estimación de la independencia de las variables en las asociaciones se realizó con regresión logística binaria con el paquete estadístico CIETMAP (Andersson, 2002). Sólo se incluyeron los resultados que alcanzaron nivel de significancia mayor a 95%.

SIPIG-UNAM

Resultados

Se visitaron 1 934 viviendas, en las cuales se contabilizaron 2 655 mujeres entre 15 y 49 años de edad, en todo el pueblo de Ometepec. Una de cada diez mujeres (249/2 655) no estuvo en su casa en el momento de la encuesta. Diecisiete mujeres no participaron en la encuesta: 15 no aceptaron la entrevista y en dos casos el esposo no la permitió. De las mujeres restantes, el 30% tuvo al menos un embarazo en los tres años previos a la encuesta (709/2 389). El 17% de las mujeres (118/709) cursaba con embarazo en el momento de la entrevista. De las 709 mujeres con embarazo en los últimos tres años, 536 (73%) fueron mestizas, 83 (12%) amuzgas, 89 (13%) mixtecas y 1 (0.2%) náhuatl. En el análisis de los datos, la mujer náhuatl se agrupó con las mestizas.

Características demográficas de las embarazadas

La mayor diferencia entre el grupo mestizo e indígena se encuentra en la escolaridad de las mujeres y sus parejas. La mujer indígena tuvo 16 veces el riesgo de ser analfabeta en comparación con la mujer mestiza (RM 16.05, IC95% 9.7 – 26.9; 74/172 comparado con 24/534), casi la misma situación que en los hombres indígenas respecto a los mestizos (RM 16.7, IC95% 9.3 – 37.2; 57/165 comparado con 15/489). Entre las mujeres indígenas, la amuzga tuvo mayor riesgo de ser analfabeta que la mixteca (RM 2.22, IC95% 1.16 – 4.45; 44/83 comparado con 30/89).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que reportó trabajo remunerado, vivir con su pareja, y con el hábito de consumo de alcohol de su pareja (Cuadro 14). La tenencia de la vivienda fue otra diferencia entre las indígenas. La mujer amuzga tuvo menos ventaja para poseer vivienda propia comparada con la mixteca (RM 0.45, IC95% 0.22 – 0.87, 37/77 comparado con 58/86).

Acceso y uso de los servicios de salud

La mujer mestiza tuvo mayor cobertura de seguridad social (RM 2.7, IC95% 1.7 – 4.3; 186/520 comparado con 29/168) y de atención prenatal con médico (RM 5.5, IC95% 3.6 – 8.5; 467/525 comparado con 102/171) que la mujer indígena. En cambio, la indígena amuzga tiene menos cobertura de la seguridad social que la indígena mixteca (RM 0.36, IC95% 0.14 – 0.94; 8/79 comparado con 21/89). La principal razón que los tres grupos étnicos reportaron para no asistir a

SIPIG-UNAM

control prenatal fue la falta de interés (Cuadro 15). En las mujeres indígenas la falta de dinero fue el segundo motivo para no tener control prenatal.

Uno de los beneficios del control prenatal se observó en el consumo de las mujeres de suplementos alimenticios —polivitaminas, sulfato ferroso y ácido fólico. La embarazada que tuvo control prenatal tuvo mayor probabilidad de consumirlos, independientemente de si era mestiza o indígena (RMNS 7.1, IC95 4.8 – 11.1; 37/125 comparado con 444/558). La embarazada mestiza tuvo más probabilidad de consumir los suplementos alimenticios que la indígena, independientemente de haber asistido o no al control prenatal (RMNS 2.22, IC95% 1.5 – 3.3; 407/ 528 comparado con 83/168). La muestra fue de tamaño insuficiente para detectar diferencias significativas en el consumo de tabaco y alcohol entre las embarazadas. Aunque las amuzgas reportaron consumirlos en mayor porcentaje.

Cuadro 1. Características demográficas de las mujeres con al menos un embarazo en los últimos tres años

.

	Mestiza *n= 537* *n= %*		*Amuzga* *n= 83* *n= %*		*Mixteca* *n= 89* *n= %*	
Trabajo remunerado	165	31%	23	28%	23	26%
Vivienda						
Casa propia	287	53%	37	45%	58	65%
Rentada	94	18%	18	22%	13	15%
Prestada	114	21%	21	25%	15	17%
Vive con familiares	42	8%	7	8%	3	3%
Escolaridad						
Ninguna	24	5%	44	53%	30	34%
Primaria	127	24%	16	19%	24	27%
Secundaria	114	21%	16	19%	19	21%
Preparatoria	117	22%	6	7%	8	9%
Universidad o más	155	29%	1	1%	8	9%
Vive con su pareja	463	86%	70	84%	77	87%
Escolaridad de la pareja						
Ninguna	15	3%	30	36%	27	30%
Primaria	92	17%	19	23%	22	25%
Secundaria	112	21%	16	19%	16	18%

SIPIG-UNAM

Preparatoria	133	25%	10	12%	7		8%
Universidad o más	184	34%	8	10%	17		19%
Consumo de alcohol de la pareja	342	64%	57	69%	56		63%

Fuente: Encuesta en Ometepec, México, 2001.

El 83% de las mujeres entrevistadas (591/709) ya había terminado su embarazo. Una de cada cinco mujeres (115/571) tuvo el parto en su domicilio. La mujer indígena tuvo cinco veces el riesgo de tener su parto en su casa, comparada con la mujer mestiza (RM 5.23, IC95% 3.3 – 8.4; 62/149 comparado con 53/442). Entre los grupos indígenas, las amuzgas se atendieron de parto en su domicilio en mayor proporción que las mixtecas (RM 2.7, IC95% 1.3 – 5.9; 38/70 comparado con 24/79).

El médico fue el principal personal de salud que atendió los partos, aunque no fue la misma proporción en todos los grupos étnicos. La mujer mestiza tuvo mayor probabilidad de ser atendida por un médico en comparación con la mujer indígena (RM 5.3, IC95% 3.3 – 8.3; 392/440 comparado con 90/148). La embarazada amuzga tuvo menos oportunidad de ser atendida por un médico que la embarazada mixteca (RM 0.45, IC95% 0.21 – 0.92; 35/69 comparado con 55/79). La partera fue el personal de salud que ocupó el segundo lugar en la atención de los partos. Resalta que en los tres grupos étnicos hay partos que son atendidos por familiares de la mujer, o bien, no tuvieron asistencia.

Cuadro 2. Acceso y uso de servicios de salud en el último embarazo.

	Mestiza n= 537		*Amuzga n= 83*		*Mixteca n= 89*	
	n= %		*n= %*		*N= %*	
Seguridad social						
Con seguridad	186	35%	8	10%	21	24%
Sin seguridad	334	62%	71	86%	68	76%
Sin información	16	3%	3	4%		

Control prenatal médico en el último embarazo

SIPIG-UNAM

Sin control prenatal	58	11%	34	27%	35	28%
1 a 4 consultas	158	30%	25	45%	42	42%
5 o más consultas	309	59%	23	28%	27	30%
Por qué no acudió a control prenatal						
No quiso	15	28%	11	31%	12	35%
Falta de dinero	6	11%	11	31%	11	32%
Se sentía bien	14	26%	1	3%	4	12%
Tuvo control con partera	2	4%	4	11%	1	3%
Le da pena	2	4%	3	9%		
Hábitos durante el último embarazo						
Consumo de vitaminas	407	77%	37	46%	46	53%
Consumo de alcohol	17	3%	6	7%	3	3%
Consumo de tabaco	12	2%	4	4%	1	1%
Lugar de atención del parto						
Casa	53	12%	38	55%	24	30%
Hospital	337	76%	29	41%	47	60%
Clínica/Centro de salud	22	5%	1	1%	5	6%
Clínica particular	30	7%	2	3%	3	4%
Persona que atendió el parto						
Médico	392	89%	35	51%	55	70%
Enfermera	3	1%			1	1%
Partera	40	9%	23	33%	15	19%
Familiar	4	1%	8	12%	4	4%
Nadie	1	0.2%	3	4%	4	5%

Fuente: Encuesta en Ometepec, México, 2001.

La violencia física intrafamiliar

Entre las mujeres que reportaron ser golpeadas cuando no estaban embarazadas, 22% (28/128) refirió recibir golpes durante su embarazo, mientras que las mujeres que no habían sido golpeadas, sólo 2% (12/554) declaró maltrato físico en el último embarazo. Hubo una asociación fuerte entre el antecedente de ser golpeada cuando no está embarazada y serlo durante el embarazo (RM 12.7, IC95% 5.9 – 27.6; 28/128 comparado con 12/554). Cuarenta de las 709

SIPIG-UNAM

mujeres entrevistadas (5.6%) mencionaron que fueron golpeadas por alguien de su familia durante el embarazo. De los factores asociados a violencia física contra la embarazada, sólo cuatro factores quedaron en el modelo de regresión logística. En orden decreciente de la fuerza de asociación, los factores fueron: edad menor de 30 años, el antecedente de consumo de alcohol de la pareja, tener tres embarazos o más y ser indígena. El modelo final y la estimación del efecto, tomando en cuenta los demás factores, se presenta en el Cuadro 16.

Cuadro 3. Modelo final de regresión logística de factores asociados a la violencia física intrafamiliar contra la embarazada. Ometepec, abril de 2001.

Factor	*Razón de momios cruda*	*Razón de momios no sesgada*	*Intervalo de confianza al 95% de la razón de momios no sesgada*	*Resumen de X2 de Mantel-Haenszel*
Edad de la mujer menor a 30 años	3.25	5.76	1.94-17.09	9.96
Consumo de alcohol por la pareja	3.66	3.64	1.32-10.00	6.25
Tres o más embarazos	2.57	2.88	1.48-5.61	9.68
Hablar lengua indígena	2.32	2.04	1.02-4.10	4.02

Fuente: Paredes, 2005: 335-341.

Sólo se preguntó sobre la violencia física intrafamiliar intencional; de las 40 mujeres que reportaron golpes, el principal agresor señalado fue el esposo en 75% de las veces (30/40). Hubo otros familiares involucrados, particularmente en los indígenas mixtecos. La frecuencia de la agresión y los sitios corporales golpeados se presentan en el Cuadro 17. El sentimiento de humillación durante el último embarazo fue reportado por 10% de las mestizas (48/499), 11% de las amuzgas (8/74) y 20% de las mixtecas (17/85). Sentirse menospreciada fue percibido por el 4% de las mestizas (19/506), 6% de las amuzgas (5/78) y 9% de las mixtecas (8/85). Hubo una fuerte asociación entre ser golpeada durante el embarazo y sentirse menospreciada (RM 13.2, IC95% 4.9 – 32; 27/620 comparado con 12/32).

SIPIG-UNAM

Percepción de las causas de problemas de salud durante el embarazo

El 16% de las mujeres (115/709) reportó sangrado transvaginal durante el embarazo. Se encontró asociación entre haber sido golpeada y sangrado transvaginal durante el embarazo (RM 2.21, IC95% 1.02 – 4.8; 28/554 comparado con 12/113). Sólo dos mujeres indígenas atribuyeron el sangrado a los golpes; las causas percibidas como causantes del sangrado se presentan en el Cuadro 18. Una de cada cinco mujeres (142/709) dijo que estuvo en peligro de perder su embarazo. La pérdida ocurrió en el 13% de los casos (19/142). La mayoría de las mujeres amuzgas no supieron a qué atribuirlo, las mestizas y mixtecas lo adjudicaron trabajo pesado, problemas ginecológicos y accidentes. Dos mujeres indígenas percibieron el peligro debido a los golpes.

La interrupción del embarazo ocurrió entre el primero y sexto mes de gestación en 17 casos, en dos casos la mujer no recordó cuándo ocurrió. El tamaño de la muestra fue insuficiente para alcanzar significancia estadística de la relación entre violencia física y pérdida del embarazo (RM 4.1, IC90% 1.42 – 11.9; 12/275 comparado con 3/19). Casi la mitad de las mujeres no supo a qué atribuir la pérdida del embarazo. Una mujer de cada grupo indígena lo atribuyó a la agresión física. De las mujeres con embarazo concluido, 15% (83/537) declaró que el parto se adelantó al tiempo esperado y 85% consideró que terminó en el tiempo previsto. Únicamente en las mujeres indígenas se encontró asociación estadísticamente significativa entre violencia física y la percepción del parto antes del tiempo esperado (RM 7.79, IC95% 1.9 – 32.4, X2 het 6.14, 1 gl, p 0.01; 7/116 comparado con 6/18).

Discusión

La ocurrencia de violencia física intrafamiliar contra la embarazada (5.6%) se encontró cercana a la reportada en estudios realizados en Canada y los Estados Unidos de Norteamerica (Stewart, 1993: 1257-1263; Berenson, 1994: 1760-1769; Muhjarine, 1999: 1007-1011; Martin, 2001: 1581-1584). Sin embargo, hay diferencia importante con la cifra encontrada (13%) en la ciudad de Durango, México. Esto pudiera indicar diferencia en la percepción y subregistro de la violencia física por la población, con marcadas características rurales, de nuestro estudio. Diversas investigaciones demuestran que hay menor proporción de mujeres que reportan la violencia doméstica en el área rural y es posible que el mismo fenómeno se presente en las mujeres embarazadas.

SIPIG-UNAM

En Jalisco, México, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de maltrato físico: 57% en las mujeres del área urbana y 44% en área rural (Ramírez, 1993: 148-160). Un estudio de violencia doméstica en mujeres mexicano-americanas, en 2001, encontró que la proporción de mujeres con violencia física en el área urbana fue 13.2%, mientras que en el área rural fue 5.8% (Lown, 2001: 441-445). Otra investigación que compara mujeres afroamericanas y blancas de las áreas urbana y rural, también halló mayor proporción de mujeres en el área urbana que reportaron violencia física: afroamericanas 39% y blancas 50%; mientras que en el área rural fue 30% y 43%, respectivamente (Wegner, 1995:956-962).

Cuadro 4. Violencia física intrafamiliar en el último embarazo.

	Mestiza *n= 537* *n= %*		*Amuzga* *n= 83* *n= %*		*Mixteca* *n= 89* *n= %*	
Agresión física en el último embarazo	22	4%	8	10%	10	11%
Quién la agredió						
Pareja	18	81%	7	88%	5	50%
Suegros	1	5%			1	10%
Padres	1	5%	1	12%	2	20%
Otro familiar	2	9%			2	20%
Cuántas veces lo hizo						
Una vez	10	45%	1	12%	2	20%
Dos a tres veces	3	14%	4	50%	4	40%
Cuatro veces o más	9	41%	3	38%	4	40%
Dónde la golpeó						
Todo el cuerpo	11	50%	1	12%	2	20%
Cara/cabeza	4	18%	3	38%	2	20%
Abdomen/cadera	3	14%	1	12%	4	40%
Espalda	4	18%	3	38%	2	20%

Fuente: Encuesta en Ometepec, México, 2001.

No es posible comparar la prevalencia de violencia física intrafamiliar encontrada en este estudio y los resultados de la ENVIM 2003 debido a las diferencias en la definición operativa de la variable resultado, el periodo de medición y las unidades de observación. Nosotros medimos la

SIPIG-UNAM

ocurrencia de violencia física en el último embarazo en todas las mujeres de Ometepec, mientras que la ENVIM preguntó sobre la violencia en cualquier embarazo a usuarias de los servicios de salud públicos (Olaiz, 2006: S232-S238).

En el estudio de Ometepec, ser indígena estuvo asociado con el maltrato físico durante el embarazo. El tamaño del estudio impidió tener una conclusión sobre la diferencia entre los grupos amuzgo y mixteco residentes en Ometepec. Una investigación en Canadá también encontró mayor riesgo de violencia física en las mujeres indígenas (Muhjarine, 1999: 1007-1011). Los otros factores que se mantuvieron en el modelo de causalidad multifactorial (Cuadro 16) reflejan hechos comunes en la población de las regiones pobres de México: consumo de alcohol de los hombres, vida marital a edad temprana y multiparidad. En los estados de alta marginación de México, la violencia durante cualquier embarazo se encontró asociada a baja escolaridad de la mujer y su pareja, violencia física y sexual en la niñez, y consumo de alcohol en el hombre (Cuevas, 2006: S239-S349).

Cuadro 5. Percepción de las causas de problemas de salud durante el último embarazo.

	Mestiza *n= 537* *n= %*		*Amuzga* *n= 83* *n= %*		*Mixteca* *n= 89* *n= %*	
Sangrado transvaginal en el último embarazo	100	19%	8	10%	9	10%
Percepción de la causa del sangrado						
No sabe	25	25%	2	25%	4	45%
Problemas ginecológicos	18	18%				
Trabajo pesado	14	14%	2	25%	2	22%
Accidentes	12	12%	2	25%	1	11%
Otras razones	12	12%			1	11%
Ejercicio excesivo	10	10%				
Debilidad	6	6%	1	12%		
Infecciones	3	3%				
Golpes			1	12%	1	11%
En peligro de perder su embarazo	118	22%	12	9%	12	9%

SIPIG-UNAM

Percepción de la causa de peligro						
No sabe	26	22%	7	58%	2	17%
Problemas ginecológicos	15	12%			2	17%
Trabajo pesado	22	19%	2	17%	2	17%
Accidentes	12	10%			3	35%
Otras razones	11	9%	1	8%		
Sangrado	8	7%			1	8%
Ejercicio excesivo	7	6%	1	8%		
Debilidad	6	5%			1	8%
Infecciones	6	5%				
Fármaco contraindicado	5	4%				
Golpes			1	8%	1	8%
Perdió su embarazo	12	2%	5	6%	2	2%
Percepción de la causa de la pérdida del embarazo						
No sabe	5	42%	2	40%		
Trabajo pesado	2	17%	1	20%		
Malformación del producto	1	8%				
Otras razones	1	8%	1	20%		
Picadura de alacrán					1	50%
Ejercicio excesivo	1	8%				
Infecciones	1	8%				
Fármaco contraindicado	1	8%				
Golpes			1	20%	1	50%

Fuente: Encuesta en Ometepec, México, 2001.

Los resultados de este estudio indican que la indígena tiene mayor desventaja socioeconómica de acceso y uso de los servicios de salud y de violencia intrafamiliar comparada con la mujer mestiza. Entre las mujeres indígenas residentes de Ometepec, las amuzgas tuvieron peores indicadores de propiedad de la casa, analfabetismo, seguridad social y uso de servicios de salud que las mixtecas, mas no se puede concluir que haya estas condiciones en otras localidades amuzgas y mixtecas del estado de Guerrero.

Respecto a daños en la salud de la mujer, como consecuencia de golpes, encontramos asociación entre maltrato físico y sangrado transvaginal durante el embarazo, y entre violencia física y parto antes del tiempo esperado, aunque este efecto sólo se encontró en mujeres

SIPIG-UNAM

indígenas. Es posible que los daños obstétricos se presenten según la intensidad de la violencia. Se ha reportado que 13% de las víctimas de violencia doméstica son agredidas gravemente (Klevens, 2001: 78-83). Nosotros no preguntamos sobre la severidad de los golpes. Más allá de las relaciones entre la violencia física y las consecuencias ginecobstétricas que conlleva, es importante resaltar que en general las mujeres no perciben la violencia física como la principal causa de este daño. Pocas indígenas atribuyeron a la violencia física los problemas de salud relacionados con su embarazo. Quizá estas mujeres son quienes sufrieron violencia extrema que no les dejó duda sobre la causa de sus problemas de salud.

SIPIG-UNAM