

# Embarazos derivados de violaciones y su relación con el retraso mental

Lamas Meilán, M.\*; Pita Fernández, S.\*\*; Vázquez Cruzado, A.\*\*\*; Pértega Díaz, S.\*\*\*\*

\* Doctor en Derecho. \*\* C.S. Cambre. \*\*\* Centro de Seguridade e Saúde Laboral.

\*\*\*\* Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Hospital Juan Canalejo

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 14-22

## RESUMEN

### FUNDAMENTO:

*El objetivo de este trabajo es determinar la tasa de embarazos tras violaciones y su relación con el retraso mental.*

### MÉTODOS:

*Se identificaron todos los casos de violación denunciados durante el período 1940-1982 en A Coruña (n=766). Se realizó un estudio de prevalencia descriptivo identificando las características de la víctima, del acusado, la presencia de embarazo y el retraso mental de la víctima. Por medio de un análisis de regresión logística, se identificaron variables asociadas al embarazo tras violación.*

### RESULTADOS:

*La tasa de embarazos fue de 10,1%. El 25,6% de las víctimas presentaban retraso mental. La tasa de embarazo en las retrasadas mentales durante el periodo de estudio osciló entre un 51,2% y 35,0%. Ajustando por todas las variables, los determinantes de embarazo fueron el retraso mental (OR=6,68), la agresión física (OR= 0,09) y la conducta previa favorable del acusado (OR=2,38).*

### CONCLUSIONES:

*La presencia de retraso mental está fuertemente asociada al embarazo tras violación.*

### PALABRAS CLAVE

*Violación, Embarazo, Retraso mental*

## INTRODUCCIÓN

La violencia hacia el sexo femenino sigue siendo un tema de constante actualidad por su frecuencia y secuelas derivadas<sup>1,3</sup>. La morbilidad generada por las violaciones representa a su vez un importante problema no sólo por la agresión física y los efectos psicológicos sino además por el riesgo de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas<sup>4,7</sup>. La identificación de las víctimas, el apoyo a las mismas y el seguimiento tras la violación precisan de la colaboración de profesionales no sólo sanitarios sino legales<sup>8</sup>. La implicación de diferentes profesionales desde el momento de la agresión hasta períodos posteriores ha sido señalada<sup>9,10</sup>. La importancia del seguimiento posterior de las víctimas de violación es necesario, ya que los efectos traumáticos tras una violación persisten en el tiempo más que los derivados de otro tipo de agresiones no sexuales. El 48% de las víctimas de violación a los tres meses de la violación presentan síndrome de estrés post-traumático, comparado con un 25% en las agresiones no sexuales<sup>11</sup>. La alta incidencia de violaciones en mujeres con deficiencias mentales ha sido a su vez constatada como un problema frecuente<sup>12,13</sup>.

El objetivo de este estudio es determinar la tasa de embarazos secundaria a las violaciones y el riesgo del mismo en pacientes con retraso mental que han sido violadas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período 1940-1982 han sido identificados tras la correspondiente denuncia 766 casos de violación en la provincia de A Coruña. La información ha sido recogida de los archivos del Reino Histórico de Galicia y del archivo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Previa a dicha recogida de información se solicitó y obtuvo la autorización y consentimiento del Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Galicia para el acceso, manejo y utilización de dicha información. No se han podido investigar los últimos años por la imposibilidad legal de acceder a los registros de los archivos previamente mencionados.

De cada caso denunciado se han estudiado las siguientes variables: fecha de la denuncia, municipio de comisión del

delito, lugar donde ocurrieron los hechos, si la víctima y el acusado se encontraban juntos o no con anterioridad a la comisión de la agresión, edad de la víctima, edad del acusado, estado civil de la víctima, estado civil del acusado, profesión de la víctima, profesión del acusado, relación de la víctima con el acusado (parentesco, amistad, vecindad), antecedentes de enfermedad mental de la víctima previo a la violación, lugar donde se formula la denuncia (guardia civil, policía, juzgado), conducta previa del acusado (sin antecedentes penales o con antecedentes), informe médico de lesiones y o ginecológico de la víctima y presencia o no de embarazo secundario a la violación. Las víctimas de violación fueron clasificadas según la presencia o ausencia de retraso mental, utilizando como criterio de definición de retraso mental las categorías del DSM-III-R (categorías 317.0 -319.0). El diagnóstico de retraso mental (n=102) se obtuvo de la valoración de cada caso realizado por un médico forense.

Análisis estadístico: Se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las medias se expresan como media  $\pm$  desviación típica. Para comparar medias se utilizó el test t de Student o test Mann-Whitney según procediese, tras la comprobación de la distribución normal de las variables cuantitativas con el test de Kolmogorov-Smirnov. La asociación de variables cualitativas entre sí se determinó por medio del estadístico ji-cuadrado. Utilizando como variable dependiente la presencia o no de embarazo tras la violación, se realizó un análisis de regresión logística utilizando como covariables todas las que en el análisis univariado se asociaron con la presencia de embarazo. Los test estadísticos han sido bilaterales. Se ha considerado estadísticamente significativo los valores de  $p < 0.05$ .

Las estimaciones del riesgo, cuantificado por medio del Odds Ratio (O.R.), de las variables asociadas a la presencia de embarazo, se estimaron con un 95% intervalo de confianza.

**TABLA 1**

Características de las víctimas de la violación, relación con el acusado y lugar donde se realizó la violación.

Variables	Media	Mediana	D.T.	Mínimo	Máximo
Edad	20.20	17	10.4	3	72
		n	%	95% IC	
<b>Estado civil</b>					
Soltera		703	91,8	89,5 ; 93,5	
Casada		54	7,0	5,4 ; 9,1	
Viuda		9	1,2	0,6 ; 2,20	
<b>Profesión</b>					
Trabajadora sin clasificar		527	68,8	65,3 ; 72,04	
Agricultoras/ganaderas		155	20,2	17,5 ; 23,3	
Hostelería y servicios domésticos		57	7,4	5,7 ; 9,6	
Minería		20	2,6	1,6 ; 4,1	
Comerciantes y vendedoras		3	0,4	0,1 ; 1,2	
Profesionales y técnicos		3	0,4	0,1 ; 1,2	
Servicios administrativos		1	0,1	0,01 ; 0,84	
<b>Retraso mental</b>					
Sí		102	25,6	21,4 ; 30,2	
No		297	74,4	69,8 ; 78,6	
<b>Agresión física</b>					
Sí		206	51,6	46,61 ; 56,62	
No		193	48,4	43,4 ; 53,4	
<b>Conocía al agresor</b>					
Sí		666	87,2	84,5 ; 89,4	
No		98	12,8	10,6 ; 15,5	
<b>Relación con el acusado</b>					
Familiar		75	9,9	7,9 ; 12,2	
Vecino		441	58,0	54,3 ; 61,5	
Amigo		95	12,5	10,3 ; 15,1	
Otro		150	19,7	17 ; 22,8	
<b>Embarazo posterior a la violación</b>					
Sí		76	10,1	8,1 ; 12,5	
No		679	89,9	87,51 ; 91,9	
<b>Lugar donde se cometió la violación</b>					
Caminos y carreteras		219	28,9	25,7 ; 32,2	
Montes y fincas		264	34,8	31,4 ; 38,3	
Domicilio		189	24,9	21,9 ; 28,2	
Otros lugares		87	11,5	9,3 ; 14	

## RESULTADOS

Durante el período de estudio se identificaron 766 casos de violación. La incidencia en este período osciló entre 0.57 a 6.57/100.000 mujeres, con un descenso de la misma a lo

TABLA 2

Características de los acusados de la violación.

Variables	Media	Mediana	D.T.	Mínimo	Máximo
Edad	28.7	25	11.5	14	73
Número de acusados	1.1	1	0.5	1	6
		n	%	95% IC	
Número de acusados					
1		686	89,6	87,12 ; 91,6	
2		56	7,3	5,6 ; 9,5	
3		17	2,2	1,3 ; 3,6	
4		4	0,5	0,2 ; 1,4	
5		2	0,3	0,45 ; 1,04	
6		1	0,1	0,01 ; 0,84	
Estado civil					
Soltero		442	60,5	56,9 ; 64,1	
Casado		279	38,2	34,7 ; 41,9	
Viudo		9	1,2	0,6 ; 2,4	
Profesión					
Trabajador sin clasificar		85	11,1	9 ; 13,6	
Agricultores/ganaderos		424	55,4	51,8 ; 59	
Hostelería y servicios domésticos		19	2,5	1,5 ; 3,9	
Minería		149	19,5	16,8 ; 22,5	
Comerciantes y vendedores		57	7,5	5,7 ; 9,6	
Profesionales y técnicos		6	0,8	0,3 ; 1,8	
Servicios administrativos		10	1,3	0,7 ; 2,5	
Directivos de administración		13	1,7	0,9 ; 2,96	
Fuerzas armadas		2	0,3	0,04 ; 1,04	
Conducta previa del acusado					
Favorable		291	66,6	61,9 ; 71	
Desfavorable		146	33,4	29,03 ; 38,1	

largo de los años estudiados. Los meses de mayor incidencia han sido de Mayo a Julio. Las características de las víctimas de violación se muestran en la Tabla 1. La media de edad de la víctima es de  $20.02 \pm 10.30$  con un rango de 3 a 72 años. El 50.1% de las víctimas tenían 17 o menos años. El 91.8% de las víctimas estaban solteras, el 51.6% presentaron signos externos de violencia, el 25.6% presentaban algún tipo de retraso mental, quedando embarazadas tras la violación el 10.1%. La relación de la víctima con el acusado muestra que la mayoría, 58.0% eran vecinos y el 9.9% eran familiares. El lugar de la violación más frecuente fueron los montes o fincas con un 34.8%.

Las características del acusado se muestran en la Tabla 2. La media de edad del acusado es de  $28.69 \pm 11.47$  con

un rango de 14 a 73. El 60.5% eran solteros, la profesión más frecuente es de agricultor o ganadero en un 55.4%, seguido de minería en un 19.5%. El 66.6% tenían una conducta previa favorable y carecían de antecedentes penales. El número de acusados por caso va de 0 a 6 siendo en el 89.5% de los casos un solo acusado.

La tasa de embarazo, en el período estudiado, en el total de las víctimas y en los pacientes con retraso mental se muestran en la Tabla 3. Dicha tasa en el total de las víctimas de violación oscila entre un 11.8% a un 7.0% según el período estudiado, este porcentaje en las pacientes con retraso mental oscila entre 51.2% a 35.5%. Aunque las tasas de embarazo disminuyen progresivamente a lo largo de los años, dichos descensos no han sido estadísticamente significativos. Las variables asociadas a la presencia de embarazo en el análisis univariado, según las características de la víctima se muestran en la Tabla 4. Podemos objetivar en dicha tabla que la edad de la víctima es discretamente mayor y significativamente diferente entre las embarazadas y las no embarazadas (22.2 vs 19.9). Existe una clara asociación entre quedar embarazada y la presencia de retraso mental. De las retrasadas mentales violadas quedaron embarazadas el 46.1% y de las no retrasadas mentales quedaron embarazadas el 9.5% ( $p=0.000$ ). A su vez la ausencia de agre-

sión física está claramente asociada al embarazo. En las víctimas en las que se objetivó agresión quedaron embarazadas el 1.9% y en las no agredidas el 37.2% ( $p=0.00$ ). El conocer al agresor está asociado con quedar embarazada. El 11% de las víctimas que conocían al agresor quedaron embarazadas frente al 2.1% que no lo conocían ( $p=0.00$ ). El hecho de estar juntos en el momento previo a la violación se asoció a su vez con la presencia de embarazo. Aunque la relación con el acusado de las que quedaron embarazadas es fundamentalmente a expensas de los vecinos y familiares las diferencias no son significativas. Las víctimas más jóvenes son las que fueron violadas por un familiar (media de edad 18.3 años) seguidas de las violadas por los amigos (19.0 años), y vecinos (20.39 años) no

TABLA 3

Presencia o ausencia de embarazo a lo largo del período de estudio y según presencia de retraso mental.

	Embarazo				$\chi^2$ de tendencia	p
	Sí		No			
	n	%	n	%		
<b>Período</b>					2,63	0,10
1940-1950	26	11,8%	195	88,2%		
1951-1960	29	11,1%	232	88,9%		
1961-1970	12	8,3%	133	91,7%		
1971-1982	9	7,0%	119	93,0%		
<b>Total</b>	76	10,1%	679	89,9%		
<b>Pacientes con retraso mental (n=102)</b>						
	Embarazo				$\chi^2$ de tendencia	p
	Sí		No			
	n	%	n	%		
<b>Período</b>					0,607	0,43
1940-1950	10	45,5%	12	54,5%		
1951-1960	21	51,2%	20	48,8%		
1961-1970	9	47,4%	10	52,6%		
1971-1982	7	35,5%	13	65,0%		
<b>Total</b>	47	46,1%	55	53,9%		

existiendo diferencias significativas entre la edad de la víctima y la relación con el acusado. El lugar de la violación así como el lugar en donde se presenta la denuncia se encuentran a su vez asociadas con la presencia de embarazo (Tabla 4).

La edad del acusado es claramente mayor en las embarazadas que en las no embarazadas (36.6 vs 27.91) ( $p=0.00$ ). El estado civil del acusado a su vez se encuentra asociado en el análisis univariado con la gestación. El 33.3% de los acusados viudos dejaron embarazadas a las víctimas frente al 6.5% en los solteros. La profesión del acusado no se encuentra asociado con la gestación. La conducta favorable del acusado a su vez se encontró asociada con la gestación. El 12.9% de los acusados con conducta favorable y sin antecedentes penales dejaron embarazadas a las víctimas en relación al 5.1% de los que sí tenían antecedentes desfavorables ( $p=0.01$ ).

No existe asociación entre la presencia o no de retraso mental de la víctima y el tipo de relación con el acusado. La presencia de agresión física tiene una clara asociación con el retraso mental. Solamente el 21.6% de las retrasadas presentaban algún tipo de agresión física frente, al 62.0% de las no retrasadas. A su vez el estado civil de acu-

sado se asoció con el hecho de violar a retrasadas mentales. Los solteros lo hicieron en un 18.8%, los casados en un 32.9% y los viudos en un 33.3% ( $p=0.006$ ). Los acusados con conducta previa favorable violaron en el 26.3% de los casos a retrasadas mentales y los que tenían antecedentes las violaron en el 14.9% ( $p=0.025$ ). La edad de los acusados por otra parte es mayor en los que violan a retrasadas que en los que violan a no retrasadas (34.98 vs 28.62) ( $p<0.001$ ). El número de violadores por caso estudiado es discretamente mayor en las retrasadas mentales que en las no retrasadas, aunque la diferencia no es significativa (1.22 vs 1.12).

Al ajustar por todas las covariables que en el análisis univariado se encontraron asociadas o en el límite de la significación estadística con la presencia de embarazo, objetivamos que las únicas variables que presentan claramente una asociación con la presencia de embarazo son el retraso mental, la violencia en el momento de la agresión y la conducta favorable previa del acusado (Tabla 6). La presencia de retraso mental (O.R.=6.68; 95% I.C.:3.08-14.5), se encuentra asociada al embarazo tras la violación. La conducta favorable previa del acusado y la asociación del embarazo tras la violación se encuentra en el límite de la significación estadística (O.R.=2.38; 95% C.I.:0.96-5.97). Por el contrario, la presencia de agresión física a la víctima muestra un claro efecto de protección contra el embarazo (O.R.=0.09). Lo que implica que la ausencia de agresión se asocia claramente con el riesgo de embarazo (O.R.=1/0.09=11.1).

## DISCUSIÓN

Nuestro trabajo durante el período estudiado presenta una incidencia de violaciones de 0.57 a 6.57/100.000 mujeres, dichas cifras son similares a las reflejadas en un trabajo realizado en Noruega donde se señala que la incidencia de violación o intento de violación era de 0.12/100.000, en el año 1993<sup>14</sup>. Estos datos contrastan con la incidencia encontrada en otras publicaciones donde las cifras en el año 1989 alcanzan valores de 64.3/100.000 mujeres<sup>15</sup>. Las diferencias en la incidencia pueden ser explicadas por diversas razones. En primer lugar, porque son períodos de estudio diferentes, en segundo lugar porque nuestros datos proceden solamente de una fuente de información que es el sistema judicial y por tanto pudiese existir un sesgo de información basado en una

TABLA 4

Características de la víctima según presencia o ausencia de embarazo.

Variables	Embarazo				p**		
	Sí		No				
	Media	D.T.*	Media	D.T.*			
Edad	22,2	6,5	19,9	10,7	0,01		
Variables	n	%	n	%	$\chi^2$	gl	p**
Estado civil					5,5	1	0,06
Soltera	75	10,8	617	89,2			
Casada	1	1,9	53	98,1			
Viuda	---	---	9	100			
Profesión					5,2	6	0,51
Trabajadora sin clasificar	61	11,7	462	88,3			
Agricultoras/ganaderas	10	6,6	141	99,4			
Hostelería y servicios domésticos	4	7,4	50	92,6			
Minería	1	5,0	19	95,0			
Comerciantes y vendedoras	---	---	3	100			
Profesionales y técnicos	---	---	3	100			
Servicios administrativos	---	---	1	100			
Retraso mental					66,2	1	<0,01
Sí	47	46,1	55	53,9			
No	28	9,5	267	90,5			
Agresión física					80,3	1	<0,01
Sí	4	1,9	202	98,1			
No	71	37,2	120	62,8			
Conocía al agresor					7,6	1	<0,01
Sí	72	11,0	584	89,0			
No	2	2,1	95	97,9			
Estaban juntos					21,6	1	<0,01
Sí	58	14,1	352	85,9			
No	14	4,1	327	95,9			
Relación con el acusado					0,8	3	0,84
Familiar	8	10,7	67	89,3			
Vecino	47	10,8	387	89,2			
Amigo	8	8,6	85	91,4			
Otro	13	8,7	136	91,3			
Lugar donde cometió la violación					20,5	3	<0,01
Camino o carreteras	8	3,7	206	96,3			
Montes o fincas	38	14,4	225	85,6			
Domicilio	22	11,8	164	88,2			
Otro lugar	3	3,5	82	96,5			
Lugar donde se presenta denuncia					21,0	2	<0,01
Guardia civil	32	7,3	405	92,7			
Comisaría de policía	12	7,7	143	92,3			
Juzgado	32	19,6	131	80,4			

infradeclaración del delito de violación. Hay evidencias que muestran una clara infradeclaración a la policía de estos delitos. Algunas publicaciones señalan como solo el 2% de abusos sexuales en niños han sido declarados cuando se cometían en el ambiente intrafamiliar y el 6% en los casos extrafamiliares<sup>16</sup>. Algunos estudios consideran que solamente el 20% de las violaciones en mujeres adictas a drogas son declaradas a la policía<sup>17</sup>. Otra razón de los diferentes valores de la incidencia de violación, podría ser que el mantener bases de datos con casos de violaciones, por su confidencialidad, dificulta el conocimiento real de dicha incidencia. El estudio muestra a su vez que la mayor incidencia se muestra en los meses de mayo a julio, dichos hallazgos son consistentes con diferentes publicaciones que señalan la mayor incidencia de violencia sexual en los meses de verano<sup>18-20</sup>. El 25.6% de las víctimas de nuestro estudio presentaron retraso mental. La alta prevalencia de violaciones en mujeres con retraso mental ha sido ampliamente confirmada, aunque este evento sucede a su vez en víctimas sin hogar o en adictas a drogas<sup>21,22</sup>. Algunos trabajos llegan a señalar que en pacientes psiquiátricos ins-

TABLA 5

Características del acusado según presencia o ausencia de embarazo

Variables	Embarazo				p**
	Sí		No		
Variables	Media	D,T,	Mediana	D,T,	
Edad	36,1	12,8	27,9	11,1	<0,01
Número de acusados	1,2	0,6	1,1	0,5	0,09
Variables	n	%	n	%	$\chi^2$
Estado civil					18,7
Soltero	28	6,5	406	93,5	2
Casado	41	14,9	235	85,1	<0,01
Viudo	3	33,3	6	66,7	
Profesión					5,6
Trabajador sin clasificar	8	9,5	76	90,5	8
Agricultores/ganaderos	46	11,0	373	89,0	0,69
Hostelería y servicios domésticos	1	5,3	18	94,7	
Minería	14	9,4	135	90,6	
Comerciantes y vendedores	4	7,4	50	92,6	
Profesionales y técnicos	---	---	6	100	
Servicios administrativos	---	---	8	100	
Directivos de administración	3	23,1	10	76,9	
Fuerzas armadas	---	---	2	100	
Conducta					5,7
Favorable	37	12,9	250	87,1	1
Desfavorable	8	5,5	138	94,5	0,01

titucionalizados, el 81% de los pacientes han sido víctimas de asalto sexual<sup>23</sup>. Estos pacientes no solo se ha demostrado que son más vulnerables a la agresión sexual y física sino que además pueden infravalorar la trascendencia del abuso sexual<sup>24</sup>. Como consecuencia de lo anterior este grupo de pacientes tienen más probabilidades de embarazos no deseados<sup>25</sup>.

El 51.6% de las violadas tras el examen médico ginecológico presentaron signos externos de agresión física. No todas las víctimas de violación presentan lesiones genitales, pero la ausencia de las mismas no es indicativo de que no exista violación. Algunos autores encontraron que menos del 10% de las víctimas de violación presentaron lesiones genitales<sup>26</sup>. De hecho la mayoría de las lesiones fueron lesiones físicas mínimas no ginecológicas. También se ha objetivado que las decisiones judiciales no se relacionan claramente con la existencia de lesiones externas de violación, que en algunos casos solo llegó al 23%<sup>27</sup>.

En cuanto al conocimiento del agresor, nuestro estudio pone de manifiesto que la mayoría (87.2%) conocían al agresor.

Algunos autores encuentran que en niños menores de 12 años que sufrieron abusos sexuales el 78% conocían al agresor<sup>28</sup>. Si seleccionamos en nuestro estudio las víctimas menores de 12 años, que en nuestra serie son 90 casos, el 85.6% conocían al agresor. El conocimiento del agresor en las víctimas con retraso mental en nuestra serie llega al 91.0%, cifra muy similar a la encontrada por otros autores que llega al 92%<sup>29</sup>. Nuestro estudio ha puesto de manifiesto que las violaciones realizadas por un familiar son las que se presentan en las víctimas más jóvenes en relación a las otras categorías de vecinos o amigos, aunque no hemos encontrado diferencias significativas.

Nuestros datos ponen de manifiesto como la relación entre la víctima y el acusado (familiar, amigo, vecino, otros), y el tener o no retraso mental no se asocian significativamente, a pesar de que los vecinos (29.1%) han violado a retrasadas mentales en comparación con miembros de la familia (18.2%) y amigos (17.6%).

Nuestro estudio pone de manifiesto como la mayoría de los acusados presentaban conducta favorable previa. Este hallazgo ha sido encontrado por otros autores que señalan como los acusados no presenta historia previa de violencia o comportamiento violento previo anterior<sup>30</sup>.

La tasa de embarazos ha disminuido progresivamente en las décadas estudiadas, a pesar de que en las pacientes con retraso mental en el período 1971-1982 seguía siendo del 35% lo que implica la importante necesidad de adoptar medidas de control en este tipo de pacientes<sup>31</sup>. La valoración de la posibilidad de gestación tras la violación debe ser por tanto siempre considerada<sup>32</sup>. En el último período estudiado como muestra la Tabla 3, la tasa de embarazo de las mujeres violadas ha sido del 7.0%, dicho valor



TABLA 6

Regresión logística entre la presencia o no de embarazo ajustando por diferentes covariables\*

Variabes	Beta	E,E,	Wald	p	O,R,	95% IC (OR)
Retraso mental de la víctima	1,899	0,396	23,020	<0,001	6,68	3,08-14,5
Agresión física en la violación	-2,418	5,560	18,611	<0,001	0,09	0,03-0,27
Conducta favorable previa del acusado	0,871	0,467	3,473	0,062	2,38	0,96-5,97

\* Covariables ajustadas: Edad de la víctima, estado civil de la víctima, presencia o no de deficiencia psíquica, presencia o no de violencia, se encontraban juntos con anterioridad a la violación, lugar de comisión del delito, edad del acusado, estado civil del acusado, conducta previa del acusado y año de la violación.

es muy similar a los datos encontrados en un estudio de prevalencia de embarazo tras la violación realizado en mujeres en USA que ha llegado al 5%<sup>33</sup>, lo que muestra la magnitud del problema del embarazo tras la violación.

La tasa tan elevada de embarazos posteriores a la violación que en nuestra serie es del 10.1%, puede en parte verse explicada por a su vez el alto porcentaje de pacientes con retraso mental en dicha serie que llega al 25.6%. La presencia más frecuente de embarazo en las pacientes con retraso mental podría ser explicado por diferentes razones: En primer lugar la edad y por tanto la fertilidad de las víctimas podría ser una causa de las diferencias en la frecuencia de embarazo. Nuestro estudio en el análisis de regresión logística al ajustar por edad de la víctima elimina este factor como responsable de la mayor frecuencia de embarazo entre las pacientes retrasadas mentales. Otra causa podría ser la reiterada violación de estas pacientes con retraso mental por parte de los agresores. Esta reiteración claramente incrementaría las posibilidades de embarazo. Nuestro estudio no dispone de dicha información por lo cual solamente la podemos comentar como una posible hipótesis que explique los resultados encontrados. La reiteración de la violación actuaría por tanto como una variable de confusión entre el retraso mental y la presencia de embarazo. Otra razón podría estar en relación con el hecho de que presentasen denuncia ante la justicia o policía los familiares de las víctimas con retraso mental, cuando estas presentasen signos externos de embarazo. Este hecho claramente produciría un sesgo de información que podría justificar claramente la asociación entre embarazo tras la violación y el retraso mental. De hecho en nuestro estudio las embarazadas han acudido a la justicia en períodos avanzados de la gestación (media = 6 meses; mediana = 6 meses).

Nuestro estudio en alguna de las variables estudiadas no dispone de la información de dicha variable. La ausencia de información no se ha asociado ni con la edad ni con el estado civil, por lo que pensamos que esta pérdida de

información es aleatoria y no existe sesgo de información en variables como la deficiencia mental o agresión física. Por otra parte la consistencia de nuestros resultados

con las diferentes publicaciones previas hace pensar que no existen sesgos de información que invaliden los resultados del estudio.

Es evidente que el problema del embarazo tras la violación no es la única consecuencia adversa. La violación implica traumas físicos y mentales. Se han descrito casos de agresión de la propia mujer hacia sí misma tras haber sido violada<sup>34</sup>. Los efectos secundarios se pueden mantener incluso a largo plazo. El temor a la soledad, los episodios de depresión, ansiedad y problemas de comportamiento sexual han sido atribuidos a la violación<sup>35,36</sup>. Los abusos sexuales son reconocidos como un factor de riesgo para presentar trastornos psiquiátricos en general<sup>37</sup>. A su vez la violación en épocas tempranas de la vida ha sido asociada con la presencia posterior de prostitución<sup>38</sup>. La presencia de síndrome de estrés postraumático se presenta muy frecuentemente después de la violación, habiéndose constatado incluso un nivel más bajo de cortisol después de la violación<sup>39,40</sup>, así como déficits de memoria los cuales han sido asociados a su vez con el síndrome de estrés postraumático<sup>41</sup>.

Nuestro estudio no muestra los efectos a largo plazo tras la violación ya que no disponemos del seguimiento de los pacientes, sin embargo señala claramente como el retraso mental y la ausencia de agresión física tras la violación se asocian claramente con un embarazo posterior. Aunque como hemos comentado previamente existen diferentes razones que podrían explicar esta asociación consideramos que las actividades de prevención y consejo en este tipo de pacientes son altamente recomendables para evitar eventos no deseados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Spitzberg BH. An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. *Violence Vict* 1999; 14(3):241-60.
2. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Violence against women: relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267: 3184-9.

3. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors, and prevention. *Am J Prev Med* 1991; 7:363-73.
4. Holmes M. Sexually transmitted infections in female rape victims. *Aids Patient Care STDS* 1999; 13(12):703-8.
5. Reynolds MW, Peipert JF, Collins B. Epidemiologic issues of sexually transmitted diseases in sexual assault victims. *Obstet Gynecol Surv* 2000; 55(1):51-7
6. Beck-Sague CM, Solomon F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. *Clin Infect Dis* 1999; 28 Suppl 1:S74-83.
7. Schwarcz SK, Whittington WL. Sexual assault and sexually transmitted diseases: detection and management in adults and children. *Rev Infect Dis* 1990; 12 Suppl 6:S682-90.
8. ACOG educational bulletin. Adolescent victims of sexual assault. Number 252, October 1998. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 64 (2):195-9.
9. Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behav Sci Law* 1991; 9(1):85-96.
10. Holmes MM. The primary health care provider's role in sexual assault prevention. *Womens Health Issues* 1995; 5(4):224-32.
11. Foa EB. Trauma and women: course, predictors, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 9:25-8.
12. Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull* 1997;23(4):685-96.
13. Coverdale JH, Turbott SH. Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(7):440-5.
14. Schei B, Muus KM, Bendixen M. [Occurrence of sexual abuse among students in Trondheim]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994 Sep 10;114(21):2491-4
15. Assessment of the incidence of rape – North Carolina, 1989-1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44 (38): 707.
16. Russell DE. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* 1983; 7(2): 133-46.
17. Teets JM; The incidence and experience of rape among chemically dependent women. *J Psychoactive Drugs* 1997; 29(4): 331-6.
18. Michael RP, Zumpe D. An annual rhythm in the battering of women. *Am J Psychiatry* 1986; 143 (5): 637-40.
19. Nadelson C, Notman M. Rape and seasonal variations. *Am J Psychiatry* 1984; 141(8): 1015-6.
20. Michael RP, Zumpe D. Sexual violence in the United States and the role of season. *Am J Psychiatry* 1983; 140(7): 883-6.
21. Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull* 1997;23(4):685-96.
22. Goodman LA, Dutton MA, Harris M. Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65(4):468-78.
23. Jacobson A, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry* 1987; 144(7): 908-13.
24. Coverdale JH, Turbott SH. Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2000;188(7):440-5
25. Miller IJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 1996;47(5):502-6
26. Bowyer L, Dalton ME. Female victims of rape and their genital injuries. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(5):617-20.
27. De Jong AR, Rose M. Frequency and significance of physical evidence in legally proven cases of child sexual abuse. *Pediatrics* 1989;84(6):1022-6
28. Dube R, Hebert M. Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 5 cases. *Child Abuse Negl* 1988; 12(3): 321-30
29. Furey EM, Sexual abuse of adults with mental retardation: who and where. *Ment Retard* 1994; 32 (3): 173-80
30. Henn FA, Herjanic M, Vanderpearl RH. Forensic psychiatry: profiles of two types of sex offenders. *Am J Psychiatry* 1976; 133(6):694-6.
31. Chamberlain A, Rauh J, Passer A, McGrath M, Burket R. Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents. I. Sexual activity, sexual abuse, and contraception. *Pediatrics* 1984; 73 (4): 445-50.
32. Lathrop A. Pregnancy resulting from rape. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998, 27(1): 25-31.
33. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-Related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(2): 320-5.
34. Greenspan GS, Samuel SE. Self-cutting after rape. *Am J Psychiatry* 1989; 146(6): 789-90.
35. Nadelson CC, Notman MT, Jackson H, Gornick J. A follow-up study of rape victims. *Am J Psychiatry* 1982; 139(10): 1226-70.
36. Santiago JM, McCall-Perez F, Gorcey M, Beigel A. Long-term psychological effects of rape in 35 rape victims. *Am J Psychiatry* 1985; 142(11): 1338-40.
37. Welch SL, Fairburn CG. Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. *Am J Psychiatry* 1994; 151(3): 402-7.



38. James J, Meyerding J. Early sexual experience and prostitution. *Am J Psychiatry* 1977; 134(12):1381-5.
39. Deykin EY, Buka SL. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *Am J Psychiatry* 1997; 154(6): 752-7.
40. Resnik HS, Yehuda R, Pitman RK, Foy DW. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *Am J Psychiatry* 1995; 152(11): 1675-7.
41. Jenkins MA, Langlais PJ, Delis D, Cohen R. Learning and memory in rape victims with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155(2): 278-9.