

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.

UNAN-MANAGUA.



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA.**

**VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL EMBARAZO Y COMPLICACIONES
MATERNO-FETALES, PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ALEMÁN
NICARAGÜENSE, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2014.**

Autor:

Dra. Isaura Sevilla Gutiérrez.

MR. Gineco-Obstetricia

Tutor:

Dr. Misael Amador Moraga.

Gineco – Obstetra.

Master en salud sexual y reproductiva.

Hospital Alemán Nicaragüense.

Managua, Marzo, 2015.

AGRADECIMIENTO.

A DIOS

Por ser nuestro creador que nos guía, protege y nos da la sabiduría en la toma de decisiones cuando nos enfrentamos a los problemas adversos de la vida y no nos desampara.

A MIS PADRES.

Arcangel Sevilla y Marina Gutiérrez, por ser quienes me dieron la vida, me educaron con principios y valores y que me apoyaron incondicionalmente durante todos mis estudios.

A MIS HIJOS.

Edward y Grethel Sevilla. Por ser esa fuerza que me inspira a seguir adelante, por todos esos días que me he ausentado de su lado y que siempre me esperan y comprenden.

A MIS MAESTROS:

Tanto del Hospital Fernando Vélez Paíz donde me inicié como residente como del Hospital Alemán Nicaragüense que me vio culminar, gracias ya que sus enseñanzas, consejos y observaciones durante mi formación me ayudaron a crecer como persona y profesional.

En especial a mi tutor: **Dr. Misael Amador Moraga**, quien además de haber sido mi maestro en el Hospital Fernando Vélez Paiz y Alemán Nicaragüense, me dio todo su apoyo para iniciar y finalizar este estudio, brindando todo su tiempo y paciencia a pesar de la condición de salud que en los últimos meses le ha afectado.

DEDICATORIA.

A Dios y a nuestro Señor Jesucristo, por permitirme la vida y la de mis seres Queridos.

A mis hijos que han sido el motor para seguir adelante y formarme como profesional y ser ejemplo para ellos.

A mis padres, por haberse preocupado desde el inicio por mi formación espiritual, moral y profesional.

A mi familia, presentes y ausentes, que con sus consejos me han enseñado el difícil camino de la vida.

A mis amigos, y compañeros de estudios que me enseñaron a fortalecer más el valor de la amistad, la confianza y el apoyo mutuo, durante estos cuatro años de estudio.

A mis maestros, que han plantado en mí, la semilla del conocimiento y me enseñaron a ser cada día mejor.

Opinión del Tutor.

La violencia intrafamiliar no solo se manifiesta a través de golpes, sino de diversas formas. Entre los tipos de violencia que pueden existir están los que se manifiestan de forma activa que provocan una alteración física y psicológica: depresión, pérdida o aumento de peso, cambios bruscos de ánimo, baja autoestima, agresión, enfermedades psicosomáticas entre otras. Y de manera pasiva cuando existe abandono y falta de atención de las necesidades básicas de la familia, el incumplimiento de las obligaciones conyugales y las faltas de respeto al mismo contrato que se fundamenta.

Por lo cual la violencia intrafamiliar es un mal social, en nuestro país todavía existe un enorme vacío de datos poblacionales sobre este tipo de violencia, Para la solución del problema, la sociedad misma debe darle el reconocimiento a este mal, es importante tener un panorama general o mapa de este amplio territorio que es la violencia intrafamiliar; conocer las diferentes teorías y marcos de referencia que la explican; analizar las formas de clasificación, definición y tratamiento; conocer las estadísticas de nuestro contexto para tener un punto de partida y de esta forma poder ofrecer a las familias y parejas que sufren de este problema un tratamiento terapéutico multidisciplinario y eficaz .

El presente estudio llevado a cabo por la Dra. Isaura Sevilla nos introduce en la panorámica de la Violencia Intrafamiliar durante el embarazo, esta información será de utilidad para el médico que a diario tiene la oportunidad de detectar dichos casos.

.....
Dr. Misael Amador Moraga.

Gineco– Obstetra.

Master en salud sexual y reproductiva.

Hospital Alemán Nicaragüense.

RESUMEN.

Se llevó a cabo un estudio que tuvo por objetivo explorar la frecuencia de los distintos tipos de violencia y su relación con ciertos parámetros de salud durante el embarazo. Se hicieron entrevistas cara a cara a 265 pacientes embarazadas ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense entre 1 de septiembre y 31 de diciembre del 2014, siguiendo un instrumento para detección de violencia en unidades de salud. Se detectó una frecuencia de violencia de cualquier tipo y en cualquier momento en las mujeres embarazadas estudiadas de 42%. La violencia psicológica en cualquier momento se reportó en el 34.3% de las pacientes, violencia psicológica en los últimos 12 meses de 17.7%, violencia física alguna vez en el 12.1%, violencia física en los últimos 12 meses en el 1.5%, violencia sexual alguna vez 6.4% y violencia sexual en los últimos 12 meses de 0.8%. Estos resultados están en concordancia con las últimas estimaciones de ENDESA 2011/2012 para mujeres de población general, lo que sugiere que el riesgo de sufrir violencia durante el embarazo es tan alto como el riesgo de una mujer no embarazada. No se observó una asociación entre la frecuencia de violencia y los antecedentes patológicos personales, antecedentes obstétricos, patologías maternas del embarazo actual, defectos fetales propiamente dicho, ni con relación a los defectos ovulares. Si se observó que hubo una diferencia significativa con relación a los factores materno fetales inter-relacionados. Las mujeres que sufrieron violencia tuvieron el doble de frecuencia de CIUR y de pretérmino, en comparación con las mujeres que no ha sufrido violencia. Por otro lado las mujeres que sufrieron violencia reportaban en mayor porcentaje que sus parejas consumían alcohol muy frecuentemente en comparación con las mujeres que no sufrieron violencia.

ÍNDICE.

<u>INTRODUCCION</u>	7
<u>ANTECEDENTES</u>	9
<u>JUSTIFICACION</u>	13
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	15
<u>OBJETIVOS</u>	16
<u>GENERAL</u>	16
<u>ESPECIFICOS</u>	16
<u>MARCO TEÓRICO</u>	17
<u>DISEÑO METODOLÓGICO</u>	33
<u>RESULTADOS</u>	51
<u>DISCUSIÓN</u>	55
<u>CONCLUSIONES</u>	58
<u>RECOMENDACIONES</u>	59
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	60
<u>ANEXOS</u>	57

INTRODUCCION.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enfatizado que la violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública. Se estima que en el mundo entre un 16 y un 52% de las mujeres experimenta violencia física por parte de sus compañeros y este porcentaje no se puede saber con certeza por el carácter "privado" con el que cuenta el tema de la violencia.^[1, 2]

En Nicaragua, los datos más reciente aportados por la Encuesta Nicaragüense de Demografía y SALUD (ENDESA 2012), reflejan que el 36.7 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos, el 20 por ciento violencias físicas, y el 10 por ciento violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja. Estos datos refleja que la violencia contra la mujer en Nicaragua es un problema serio, y que sus consecuencias en la salud de las mujeres debe ser investigado.^[3]

A medida que pasa el tiempo, son cada vez más numerosas las pruebas de los resultados negativos para la salud causados por la violencia contra la mujer, que ha sido asociada con riesgos y problemas para la salud reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones y la muerte^[4, 5]

Las mujeres embarazadas son uno de los grupos que se encuentra en situación de mayor riesgo. Algunas encuestas de demografía y salud indican que una proporción significativa de mujeres señala haber sufrido violencia por parte de la pareja durante el embarazo.^[6]

Se ha revelado que la violencia contra la mujer embarazada afecta la salud física y mental, provocando un mayor riesgo de muerte materna, suicidios, infecciones de transmisión sexual, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos, partos pretérmino. En el infante, hay un mayor riesgo de bajo peso al nacer, riesgo de morir en el primer año de vida y desnutrición.

Por otro lado múltiples estudios han demostrado que las embarazadas o puérperas pueden morir debido a las complicaciones obstétricas generadas por el trauma abdominal; por ejemplo, hemorragias y / o abruptio placentae (desprendimiento de la placenta), cualquiera de las cuales puede a su vez puede causar la muerte al feto y / o a la mujer.^[4, 7]

En este contexto, se decidió llevar a cabo este estudio con el propósito de explorar la frecuencia de violencia en sus distintas dimensiones y explorar su asociación con las complicaciones maternas y fetales, en mujeres embarazadas que fueron atendidas y hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la ciudad de Managua, durante el 2014.

ANTECEDENTES.

En el municipio de San Francisco del Conde, en el estado de Bahía, Brasil se realizó una investigación cualitativa, por Santos Mota y colaboradores, la cual publicaron en el 2014, teniendo por objetivo principal analizar la sexualidad y la experiencia de adolescentes embarazadas víctimas de violencia doméstica. La población estudiada estuvo constituida por cinco adolescentes embarazadas, con edad entre 16 y 19 años. Los autores indican que su estudio señala la iniciación sexual precoz de las mujeres adolescentes. Concluyeron que la vivencia de violencia doméstica fue un evento muy significativo en la vida de las adolescentes estudiadas y el patrón de las manifestaciones de violencia fue alterado con la aparición del embarazo.^[8]

En Costa Rica, Núñez Rivas y colaboradores llevaron a cabo un estudio para determinar la prevalencia de la violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo y su asociación con el bajo peso al nacer. Se exploró la violencia sufrida por 118 embarazadas de la comunidad urbana marginal Finca San Juan, de Rincón Grande de Pavas, San José, Costa Rica, que dieron a luz entre septiembre de 1998 y noviembre de 1999. Los autores encontraron que los niños de madres que sufrieron actos de violencia pesaron como promedio 449,4 g menos ($P < 0,001$) que los de las mujeres que no habían estado expuestas a actos de violencia. Las primeras presentaron un riesgo tres veces mayor de tener hijos con bajo peso al nacer que las segundas (IC95%: 1,39 a 8,10). Las variables que se asociaron más estrechamente con el bajo peso al nacer fueron la violencia sufrida por la madre (asociación directa) y el aumento de peso de la madre durante la gestación (relación inversa). Los autores concluyeron que los resultados obtenidos indican la necesidad de investigar el tema más profundamente, instruir al personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres como factor de riesgo reproductivo y conformar grupos de expertos en este tema con el fin de desarrollar protocolos especializados para la identificación temprana de embarazadas sometidas a algún tipo de agresión.^[6]

Saravia y colaboradores publicaron en el **2012** un estudio cuyo propósito fue determinar la prevalencia y los factores asociados de violencia contra la mujer durante el embarazo. Los autores realizaron un análisis secundario con la base de datos de la ENDES. Se analizaron 12587 mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas. Se evaluaron la prevalencia y los factores asociados con la violencia como: el principal agresor, si alguna vez la habían humillado, amenazado con hacerle daño o detener la ayuda económica. Los autores encontraron que La prevalencia de violencia física durante el embarazo fue de 11%. El 49.05% reportaron haber sido agredidas por el marido, 29.44% por la expareja. El 22.4% fueron humilladas por el esposo, 21.6% fueron amenazadas por el esposo de irse de la casa y detener la ayuda económica y 11.8% amenazaron con hacerle daño. Las mujeres de estrato socioeconómico medio tienen una probabilidad 64% mayor de sufrir violencia durante el embarazo en comparación a niveles más pobres. Un mayor grado de instrucción reduce en 44% la probabilidad de reportar agresión. Los autores concluyeron que los factores psicológicos, económicos y educativos aumentan la probabilidad de violencia y que es necesario implementar programas de prevención basados en la capacitación de profesionales que presencian embarazos para identificar estos casos de violencia, asimismo promover la atención y protección de estas mujeres y fomentar intervenciones dirigidas a la evaluación y tratamiento de los agresores.^[10]

Galicia Moyeda y colaboradores publicaron en el 2013 un estudio sobre la relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas. El objetivo del trabajo fue identificar la relación existente entre la violencia, la depresión y el maltrato fetal en 48 mujeres embarazadas adolescentes y adultas. Participaron mujeres que asistían a control prenatal en un hospital de gineco-obstetricia. En general, se encontró una mayor asociación entre la depresión y violencia. La violencia psicológica recibida por las mujeres se relacionó de manera significativa con el maltrato fetal. En particular, en las adolescentes hubo más depresión, violencia y maltrato fetal que en las adultas.^[9]

La información en Nicaragua es limitada en cuanto a la medición de la prevalencia de violencia contra la mujer, y más limitada aún durante el período del embarazo. Pero darnos una idea de la magnitud del problema se resumen algunos datos brindados por las dos últimas ediciones de la “Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud” 2007 y 2012. En dicha encuesta no se brinda información específica de la mujer embarazada, pero nos dan una panorámica de la situación de la violencia contra la mujer en los últimos 5 años.

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y salud publicada en el 2007, reporta los siguientes hallazgos principales^[11]:

En total, el 48% de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que había recibido maltratos psicológicos, el 27 % violencias físicas, y el 13 % sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja.

En total, casi una de cada tres mujeres indica que han experimentado violencia física o sexual en su vida (29%).

En general, la violencia física reportada fue mayor entre residentes de las áreas urbanas y de las regiones Pacífico y Atlántico, en los departamentos de Chinandega, León, Managua, Masaya, Río San Juan, y RAAN.

Los episodios de violencia de toda la vida fueron mayores en las mujeres con menor nivel de educación, y entre las de tercer y cuarto quintil económico. Con relación al estado civil actual, las tasas de violencia física de pareja de mujeres separadas, divorciadas, o viudas, fueron significativamente mayor con respecto a las actualmente casadas o unidas y el doble con respecto a la violencia sexual (20%) en mujeres separadas, divorciadas o viudas).

Durante los últimos 12 meses, un 21% de mujeres nicaragüenses relataron haber experimentado violencia verbal/psicológica, el 8% violencia física, y un 4% sexual. En total, 9 % de mujeres relataron haber sido víctima de algún maltrato físico o violencia sexual durante el último año.

Según la edad, las mujeres más jóvenes son las que reportaron mayor prevalencia de violencia verbal y física durante el último año en comparación con las de mayor

edad, por ejemplo, un 11% de las mujeres entre 15 y 19 años relataron violencia en comparación con 5% de las mujeres entre 45 y 49 años.

La violencia fue mayor en las áreas urbanas en comparación con rurales y entre las actualmente casadas/unidas.

los datos más reciente aportados por la Encuesta Nicaragüense de Demografía y SALUD (ENDESA 2012), reflejan que el 36.7 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos, el 20 por ciento violencias físicas, y el 10 por ciento violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja. Estos datos refleja que la violencia contra la mujer en Nicaragua es un problema serio, y que sus consecuencias en la salud de las mujeres debe ser investigado^[3]

No se encontraron estudios sobre violencia contra la mujer perpetrada por la pareja en el embarazo, en hospitales de nuestro país y tampoco hay documentación sobre este tema en el hospital Alemán Nicaragüense.

JUSTIFICACION.

Se ha reconocido que la violencia de pareja en la mujer embarazada es un problema de salud pública, que pone en peligro a la mujer y al recién nacido, por lo que requiere mayor investigación y atención de organismos gubernamentales. A pesar de que la violencia psicológica no deja señales visibles, como las lesiones físicas, puede afectar notablemente el estado emocional de la mujer embarazada y llevar a graves consecuencias desde trastornos sexuales, confusión, vergüenza, timidez, furia, miedos hasta estrés postraumático y depresión.

Por esto, es importante que el personal de salud recuerde que las lesiones físicas no son la única prueba de la violencia y vigilen, también los síntomas vinculados a las alteraciones emocionales, como la fatiga, falta de placer, molestias físicas combinantes, alteraciones del sueño, del apetito y cambios de conducta entre otros.

El sector de la salud está en una situación ideal para descubrir y ayudar a las mujeres maltratadas. Es el único sector a cuyas instituciones todas las mujeres tienen que acudir en algún momento de su vida, ya sea cuando están embarazadas o de parto, o porque llevan a otros miembros de la familia a recibir atención médica. En la mayoría de las ocasiones, los profesionales de salud no detectan que el origen de los síntomas o signos reside en la situación de violencia a la que están sometidas las pacientes.

Por tal motivo existe una necesidad de fortalecer la capacidad del sector de la salud para reconocer el abuso doméstico y hacerle frente. Por tanto, el personal de salud debe estar atento a su detección.

Por todo lo expresado anteriormente, es que como un primer paso para la construcción de un abordaje integral de la violencia contra la mujer embarazada que acuden al Hospital Alemán, decidimos explorara la ocurrencia de violencia contra la mujer durante el embarazo, perpetrada por su pareja íntima, el cual cubre

una zona urbana habitadas principalmente por familias con bajos ingresos económicos.

Esperamos que la información aquí generada no solo sea útil a nivel del centro hospitalario, sino que sea una guía para otras unidades de salud que cubren poblaciones similares y que sea aprovechada por las instituciones de salud, ya que brindará información sobre la magnitud del problema y de esa manera poder preparar tanto los recursos humanos como materiales para la atención del problema.

Los resultados de este estudio le permitirá al médico contar con evidencia que lo motiven a explorar la ocurrencia de potenciales casos de violencia en mujeres que acudan a su consulta.

Por otro lado la comunidad académica contará con datos confiables y válidos desde la perspectiva metodológica, lo que hará más fáciles las comparaciones con estudios previos y futuros.

Debido a que la evidencia ha demostrado que las mujeres durante el embarazo son vulnerables a sufrir violencia, esperamos que la información generada por nuestro trabajo realmente ayude a generar beneficios concretos para la mujeres en tanto en el aspecto preventivo como de atención de los casos de violencia durante el embarazo. Un ejemplo de estos beneficios potenciales y directos, es que a través de la visibilización del problema se produzca una sensibilización del personal médico y de enfermería que redunde en primer lugar en un actitud proactiva para la identificación de casos potenciales de violencia, y en un mejor trato de la mujeres afectadas por el problema, y a una referencia oportuna a centros especializados de apoyo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Para la realización de este estudio nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el comportamiento de la violencia contra la mujer en el embarazo y su asociación con las complicaciones materno-fetales, en pacientes ingresadas en el hospital alemán nicaragüense, entre septiembre y diciembre del 2014?

OBJETIVOS.

GENERAL

Conocer el comportamiento de la violencia contra la mujer en el embarazo y su asociación con las complicaciones materno-fetales, en pacientes ingresadas en el hospital alemán nicaragüense, entre septiembre y diciembre del 2014.

ESPECIFICOS

Identificar las características socio-demográficas de las pacientes en estudio

Determinar los diferentes subtipos de violencia contra la mujer según la población en estudio.

Identificar la asociación entre la violencia y los antecedentes maternos y factores relacionados con la pareja, en la población en estudio.

Determinar la relación entre la ocurrencia de violencia y complicaciones en la madre y el feto o recién nacido, en la población en estudio.

MARCO TEÓRICO.

Definiciones de violencia contra la mujer

En un primer momento es de vital importancia abordar definiciones básicas y conceptos que ayudarán a entender mejor el fenómeno de la violencia contra la mujer perpetrada por su pareja.

La violencia contra las mujeres o la violencia basada en el género afecta a millones de mujeres, niños y familias en todo el mundo. Esta violencia se presenta en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto, y puede tomar muchas formas, entre las que se destacan la violencia física, sexual o psicológica por la pareja (violencia conyugal o doméstica), la relación sexual forzada y otras formas de violencia sexual, como el abuso sexual durante la infancia, el acoso sexual en el trabajo o la escuela, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, y otras formas específicas en determinados países, como las muertes relacionadas con la dote, la mutilación de los genitales femeninos y otras prácticas tradicionales peligrosas. También puede producirse en circunstancias específicas, como en situaciones de custodia (prisiones, policía), en ocasión de conflictos armados y en campamentos de refugiados o desplazados. Cualquiera que fuese la situación, las diferencias de poder entre los géneros y otras desigualdades sociales, particularmente las crecientes desigualdades económicas, tanto dentro de los países como entre ellos, desempeñan un papel importante en la dinámica de la violencia y determinan las formas de violencia a las cuales están expuestas las mujeres, como sucede con la violación en situaciones de conflicto armado o de desplazamiento o el tráfico de mujeres y niños. ^[11, 12]

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en

1993, proporciona un marco amplio y útil para definir la violencia contra la mujer, aunque para fines concretos como, por ejemplo, el monitoreo del problema, se necesitan definiciones operativas más específicas. ^[11]

La Organización Mundial de la Salud ha definido la violencia en su sentido más amplio como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. ^[11]

Haciéndose eco de la definición anterior, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer define que violencia contra las mujeres es: Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. ^[10, 11]

La Declaración señala que la violencia de género: abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos: a) la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; b) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; c) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra. ^[10, 11]

En el marco de estas definiciones, multitud de estudios ha identificado que el perpetrador más frecuente de violencia doméstica contra la mujer es la pareja íntima, por lo que se hace especial atención a este tipo de violencia. [10-12]

Tipos de violencia contra las mujeres

Cabe resaltar que aunque no todos(as) los/as especialistas están de acuerdo en una misma clasificación, todos los tipos de violencia tienen que ver con el control que el hombre ejerce sobre la mujer. Algunos autores dividen los tipos de violencia en cuatro categorías [7, 10-12]

Violencia física: se habla de violencia física cuando una mujer se encuentra en una situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: a) empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento; b) heridas por arma; c) sujetar, amarrar, paralizar; d) abandono en lugares peligrosos; y e) negación de ayuda cuando la mujer está enferma o herida. El abuso físico es generalmente recurrente y aumenta tanto en frecuencia como en severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona.

Violencia psicológica o emocional: puede darse antes y después del abuso físico o acompañarlo. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay abuso físico. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos y posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones de la violencia psicológica son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas por todo lo que pasa, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, manejar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones

destructivas (romper muebles, platos y, en general, pertenencias de la mujer) y lastimar mascotas.

Violencia sexual: generalmente, este es el tipo de violencia sobre el que les cuesta más trabajo hablar a las mujeres e incluye cualquier tipo de sexo forzado o degradación sexual, como: 1) intentar que la mujer efectúe relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad; 2) llevar a cabo actos sexuales cuando la mujer no está en sus cinco sentidos, o tiene miedo de negarse; 3) lastimarla físicamente durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso intravaginal, oral o anal de objetos o armas; 4) forzarla a tener relaciones sexuales sin protección contra embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual; 5) criticarla e insultarla con nombres sexualmente degradantes; 6) acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas; 7) obligarla a ver películas o revistas pornográficas; 8) forzarla a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra mujer.

Violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima

Definición

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infringida por su marido o pareja masculina. Esto contrasta sobre manera con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo. El hecho de que las mujeres a menudo tengan vínculos afectivos con el hombre que las maltrata y dependan económicamente de él, ejerce gran influencia sobre la dinámica del maltrato y las estrategias para hacerle frente. ^[7, 10-13]

La violencia en la pareja se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural. Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas, y la violencia también se da a veces en las parejas del

mismo sexo, la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres.

[7, 10-13]

La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación^[7, 10-13]. Este comportamiento incluye:

Agresiones físicas: por ejemplo, bofetear, golpear con los puños, patear.

Maltrato psíquico: por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes.

Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.

Diversos comportamientos dominantes: por ejemplo, aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

Cuando el maltrato se produce reiteradamente en la misma relación, el fenómeno suele denominarse “maltrato físico”.

[7, 10-13]

Factores de riesgo asociados a la ocurrencia de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja.

Solo en fecha reciente los investigadores han empezado a buscar los factores individuales y comunitarios que podrían determinar la tasa de violencia en la pareja. Aunque la violencia contra la mujer existe en casi todas partes, se encuentran ejemplos de sociedades preindustriales en las cuales la violencia en la pareja prácticamente no existe^[9, 13, 14]

Estas sociedades son un testimonio de que las relaciones sociales pueden organizarse de tal manera que se reduzca al mínimo la violencia contra la mujer. En muchos países, la prevalencia de la violencia doméstica varía sustancialmente entre zonas vecinas. Estas diferencias locales a menudo son mayores que las diferencias nacionales. Tales variaciones plantean una pregunta interesante e

imperiosa: ¿qué hay en esos ámbitos que pueda explicar las grandes diferencias en las agresiones físicas y sexuales?^[9, 13, 14]

A continuación se describe brevemente algunos factores de riesgo detectados en investigaciones validadas. Esta sección tomada y adaptada de la siguiente bibliografía: ^[1, 2, 4, 6, 7, 9, 12-14]

Factores individuales

La edad joven y los ingresos bajos eran factores vinculados con la probabilidad de que un hombre fuese violento con su compañera.

Algunos estudios han encontrado una relación entre la agresión física y la combinación de mediciones sobre el nivel socioeconómico y educativo, aunque los datos no son del todo coherentes. El Estudio de Salud y Desarrollo de Dunedin (Nueva Zelanda) —uno de los pocos estudios longitudinales de cohorte de nacimiento para explorar la violencia de pareja— comprobó que la pobreza familiar en la niñez y la adolescencia, el bajo nivel de instrucción y la delincuencia agresiva a la edad de 15 años servían para predecir en gran medida el maltrato físico de la compañera por los hombres a la edad de 21 años. Este estudio ha sido uno de los pocos que han evaluado si los mismos factores de riesgo predicen la agresión por parte de las mujeres y los hombres contra su pareja.

Consumo de alcohol por los hombres

Otro marcador de riesgo de la violencia en la pareja que aparece de manera especialmente uniforme en diferentes circunstancias es el consumo de bebidas alcohólicas por los hombres. En el metanálisis de Black et al. mencionado antes, cada estudio que examinó el consumo de alcohol o la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas como un factor de riesgo de violencia en la pareja encontró una asociación significativa; los coeficientes de correlación variaron de $r = 0,21$ a r

= 0,57. Las encuestas basadas en la población, realizadas en Brasil, Camboya, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, India, Indonesia, Nicaragua, Sudáfrica y Venezuela también hallaron una relación entre el riesgo de una mujer de ser víctima de la violencia y los hábitos de su pareja relacionados con el alcohol. Sin embargo, hay considerable debate acerca de la naturaleza de la relación entre el consumo de alcohol y la violencia, y si este es verdaderamente causal.

Existen estudios que indican que 75% de las esposas de alcohólicos ha sido amenazada de violencia y 45% ha sido atacada por sus parejas/esposos alcohólicos.

Trastornos de la personalidad

Varios estudios han intentado identificar si ciertos factores o trastornos de la personalidad están vinculados sistemáticamente con la violencia contra la pareja. Estudios efectuados en el Canadá y los Estados Unidos revelan que los hombres que agreden a sus esposas es más probable que sean emocionalmente dependientes e inseguros y tengan poca autoestima, y es más probable que tengan dificultades para controlar sus impulsos. Comparados con sus pares no violentos, también tienden a manifestar más ira y hostilidad, a deprimirse y a sacar puntuaciones altas en ciertas escalas de trastornos de la personalidad, incluidos los trastornos de personalidad antisocial, agresiva y límite. Aunque las tasas de trastornos psicopatológicos por lo general son mayores en los hombres que maltratan a sus esposas, no todos los hombres que infringen malos tratos físicos presentan tales trastornos psicológicos. La proporción de las agresiones por la pareja vinculadas con trastornos psicopatológicos suele ser relativamente baja en entornos donde este tipo de violencia es común.

Factores de la relación

En el plano interpersonal, el marcador más uniforme que ha surgido respecto de la violencia en la pareja son los conflictos o desavenencias matrimoniales. Algunos estudios han observado que los conflictos matrimoniales se relacionaron desde moderada hasta firmemente con la violencia masculina contra la pareja. También se encontró que tales conflictos precedían a la violencia en la pareja en un estudio basado en la población de mujeres y hombres realizado en Sudáfrica y en una muestra representativa de hombres casados en Bangkok (Tailandia).

Factores comunitarios

Se ha encontrado en general que un nivel socioeconómico alto ofrece cierta protección contra el riesgo de violencia física hacia la pareja íntima, si bien hay excepciones. Los estudios de una gama amplia de ámbitos revelan que, aunque este tipo de violencia física contra la pareja afecta a todos los grupos socioeconómicos, las mujeres que viven en la pobreza la padecen en forma desproporcionada.

Se ha propuesto que varios otros factores de la comunidad posiblemente influyan en la incidencia general de la violencia por la pareja, pero pocos de ellos se han sometido a pruebas empíricas. Un estudio múltiple en curso patrocinado por la Organización Mundial de la Salud en ocho países (Bangladesh, Brasil, Japón, Namibia, Perú, la República Unida de Tanzania, Samoa y Tailandia) está recopilando datos sobre varios factores a nivel de la comunidad para examinar su relación posible con la violencia por la pareja:

Esos factores son los siguientes:

Las tasas de otros delitos violentos.

El capital social.

Las normas sociales relacionadas con la vida íntima familiar.

Las normas de la comunidad relacionadas con la autoridad masculina sobre las mujeres.

Estos estudio arrojaran luz sobre la contribución relativa de los factores individuales y a nivel comunitario a las tasas de violencia en la pareja.

Factores sociales

En estudios de investigación realizados en distintas culturas se han encontrado varios factores sociales y culturales que podrían dar lugar a mayores grados de violencia. Levinson, por ejemplo, analizó estadísticamente los datos etnográficos codificados de 90 sociedades para examinar las modalidades culturales de maltrato físico de la esposa, explorando los factores que distinguen sistemáticamente las sociedades donde golpear a la esposa es común de aquellas donde la práctica es rara o no existe. El análisis de Levinson indica que el maltrato físico de la esposa ocurre más a menudo en las sociedades en las cuales los hombres tienen poder económico y de toma de decisiones en el hogar, donde las mujeres no tienen acceso fácil al divorcio y donde los adultos recurren habitualmente a la violencia para resolver sus conflictos. El segundo factor predictivo de importancia en este estudio de la frecuencia del maltrato físico de la esposa fue la ausencia de grupos de trabajo formados exclusivamente por mujeres. Levinson postula la hipótesis de que la presencia de grupos de trabajo femeninos brinda protección contra el maltrato físico de la esposa porque proporciona a las mujeres una fuente estable de apoyo social, así como la independencia económica respecto de su esposo y de la familia.

Consecuencias de la violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima

Esta sección es elaborada y adaptada a partir de las siguientes publicaciones:^[6-9, 11-14]

Las consecuencias del maltrato son profundas, y van más allá de la salud y la felicidad de los individuos para afectar al bienestar de toda la comunidad. Vivir en una relación violenta afecta al sentido de autoestima de una mujer y a su capacidad de participar en el mundo. Diversos estudios han revelado que las mujeres maltratadas suelen tener restricciones en cuanto al acceso a la información y los servicios, la participación en la vida pública y la consecución de apoyo emocional por parte de amigos y familiares. No es de sorprender que tales mujeres sean a menudo incapaces de cuidar debidamente de sí mismas y de sus hijos o de tener un trabajo o seguir una carrera.

Repercusiones sobre la salud

Un acervo cada vez mayor de datos de investigación está revelando que compartir la vida con un hombre que la somete a malos tratos puede tener una repercusión profunda sobre la salud de una mujer. La violencia se ha vinculado con un sinnúmero de resultados de salud diferentes, tanto inmediatos como a largo plazo.

Aunque la violencia puede tener consecuencias directas sobre la salud, como sufrir una lesión, ser víctima de la violencia también aumenta el riesgo de que una mujer tenga mala salud en el futuro. Del mismo modo que las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol, ser víctima de la violencia puede considerarse un factor de riesgo de una variedad de enfermedades y afecciones.

Ciertos estudios revelan que las mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual en la niñez o la vida adulta experimentan mala salud con mayor frecuencia que otras mujeres en lo que respecta al funcionamiento físico, el bienestar psíquico y la adopción de otros comportamientos de riesgo, como son el tabaquismo, la

inactividad física y el abuso de alcohol y otras drogas. El antecedente de haber sido víctimas de la violencia pone a las mujeres en mayor riesgo de:

- depresión;
- intentos de suicidio;
- síndromes de dolor crónico;
- trastornos psicosomáticos;
- lesiones físicas;
- trastornos del aparato digestivo;
- síndrome del colon irritable;
- diversas consecuencias para la salud reproductiva.

Se enumeran a continuación las conclusiones derivadas de las investigaciones actuales acerca de las consecuencias generales del maltrato sobre la salud:

La influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después que este ha cesado.

Cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus efectos sobre la salud física y mental de una mujer.

Los efectos con el transcurso del tiempo de diferentes tipos de maltrato y de episodios múltiples de maltrato parecen ser acumulativos.

Las mujeres que viven con un compañero violento tienen dificultades para protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades. La violencia mediante relaciones sexuales forzadas puede desembocar directamente en un embarazo no deseado o en infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH; también, indirectamente puede dificultar la capacidad de la mujer de usar anticonceptivos, en especial condones. Los estudios revelan sistemáticamente que la violencia doméstica es más común en las familias numerosas. Por consiguiente, los investigadores han supuesto por mucho tiempo que el estrés de tener muchos hijos aumenta el riesgo de la violencia; pero datos recientes obtenidos en Nicaragua indican que, en realidad, la relación quizá sea la inversa.

En efecto, en este país centroamericano el inicio de la violencia precede en gran medida al nacimiento de muchos hijos (80% de la violencia comienza en los cuatro primeros años del matrimonio), lo cual indica que la violencia quizá sea un factor de riesgo de tener muchos hijos.

Salud física

Obviamente, la violencia puede producir lesiones que varían desde cortes y equimosis hasta la discapacidad permanente y la muerte. Ciertos estudios basados en la población muestran que entre 40% y 72% de las mujeres que han sido maltratadas físicamente por su pareja han sufrido lesiones en algún momento de sus vidas. En el Canadá, 43% de las mujeres lesionadas de esta manera recibieron atención médica y 50% de las lesionadas tuvieron que ausentarse del trabajo. La lesión, sin embargo, no es el resultado físico más común del maltrato por la pareja. Son más comunes los “trastornos funcionales”, una gran cantidad de dolencias que a menudo no tienen causa médica discernible, como el síndrome del colon irritable, la fibromialgia, los trastornos del aparato digestivo y diversos síndromes de dolor crónico. Hay estudios que vinculan sistemáticamente tales trastornos con el antecedente de maltrato físico o sexual. Las mujeres que han sido maltratadas también experimentan una mengua del funcionamiento físico, más síntomas físicos y permanecen mayor número de días en cama por comparación con las no maltratadas.

Salud mental

Las mujeres maltratadas por su pareja padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas, según estudios realizados en Australia, Estados Unidos, Nicaragua y Pakistán. De modo parecido, las investigaciones indican que las mujeres maltratadas por su pareja presentan mayor riesgo de suicidio e intentos de suicidio.

Violencia intrafamiliar en el embarazo.

La violencia también ocurre durante el embarazo, con consecuencias no solo para la mujer sino también para el feto en desarrollo. Estudios basados en la población realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua han encontrado que entre 6% y 15% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han sido maltratadas física o sexualmente durante el embarazo, generalmente por su pareja. En los Estados Unidos, los cálculos de maltrato durante el embarazo varían entre 3% y 11% de las mujeres adultas y hasta 38% de las madres adolescentes de bajos ingresos.

La violencia durante el embarazo se ha acompañado de:

aborto espontáneo;

inicio tardío de la atención prenatal;

mortinatalidad;

parto y nacimiento prematuros;

lesiones fetales;

bajo peso al nacer, causa destacada de mortalidad infantil en el mundo en desarrollo.

La violencia masculina hacia la pareja representa una proporción sustancial, pero en gran parte inadvertida, de la mortalidad materna. En un estudio reciente que abarcó 400 pueblos y siete hospitales en Pune (India), se encontró que 16% de las defunciones durante el embarazo eran el resultado de este tipo de violencia. El estudio también reveló que 70% de las defunciones maternas en esta región por lo general no se registraron, y que se clasificaron mal 41% de las defunciones registradas. La muerte de la mujer embarazada a manos de su pareja también se ha identificado como una causa importante de defunciones maternas en Bangladesh en los Estados Unidos.

La violencia durante el embarazo produce consecuencias para el 3.9% al 26% de los nacimientos y provoca muchas complicaciones en las mujeres, las cuales

pueden ser más comunes que las complicaciones debidas a preeclampsia, diabetes gestacional o placenta previa. [14-17]

Múltiples investigaciones han demostrado que las mujeres que experimentaron violencia durante el embarazo típicamente son más jóvenes, incluso adolescentes, solteras, tienen menor nivel de educación y falta de empleo. De acuerdo a muchas publicaciones el maltrato físico es más frecuente en las mujeres blancas, con tasas de malos tratos de 3.5 veces con respecto a las de raza negra o hispanoamericanas. Las lesiones son comunes en las víctimas de la violencia en la pareja y se producen en diversas zonas tales como cabeza y cara, abdomen y región genital. Estas lesiones pueden llevar a complicaciones graves y potencialmente mortales como contusiones, fracturas, ruptura de bazo, de hígado o de útero. [14-17]

La violencia también impide la terapia adecuada para patologías crónicas como la hipertensión o el asma y la ejercida antes del embarazo puede precipitar problemas ginecológicos como dolor pelviano crónico, infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual. Las secuelas psicológicas de la violencia durante el embarazo merecen consideración, ya que las mujeres golpeadas tienen mayor probabilidad de padecer más problemas de salud mental y física. [14-17]

La violencia producida antes del embarazo, puede llevar a un incremento de embarazos no deseados, mientras que la infringida en las primeras etapas de la gestación tiende a provocar conductas negativas tales como fumar o ingerir alcohol.

El traumatismo directo sufrido por las embarazadas puede ocasionar complicaciones tales como *abruptio placentae*, prematuridad, bajo peso de nacimiento y aborto e incluso la muerte de la mujer. Algunos autores han estimado tasas de mortalidad fetal relacionada con la violencia de hasta 16 por 1 000 RNV. [14-17]

En cuanto a la relación entre violencia conyugal y los resultados negativos en el embarazo y el feto, los resultados son variables entre los diversos estudios.

Algunos no encuentran diferencias significativas en los resultados entre las mujeres sometidas a malos tratos *versus* las no maltratadas; mientras que otros sí encuentran diferencias significativas. Sin embargo ha sido consistente el hallazgo en los diversos estudios que las mujeres que sufren violencia durante el embarazo tienen mayor probabilidad de tener contracciones uterinas y complicaciones periparto ($p < 0.05$) y de informar mayor uso de sustancias durante el embarazo ($p < 0.001$). Algunos estudios indican que las mujeres maltratadas tienen 3.68 veces más probabilidades de tener muerte fetal y experimentar tasas más altas de aborto.^[14-17]

A la fecha muchos estudios no han hallado una asociación con bajo peso de nacimiento o parto pretérmino, aunque algunos autores han observado que los bebés más pequeños (no de bajo peso) nacieron de madres maltratadas. Por otro lado múltiples estudios informan una serie de conductas negativas y complicaciones en las mujeres maltratadas. Las embarazadas maltratadas tienen 2.7 veces más probabilidades de presentar infecciones renales y 1.5 veces más de tener parto por cesárea. La conducta negativa informada con mayor frecuencia en dichos estudios es el uso de sustancias durante el embarazo.^[14-17]

A pesar de las controversias algunos autores han observado una relación significativa entre el bajo peso de nacimiento y la violencia con porcentajes entre 9% y 22%. Estos estudios indican que las mujeres maltratadas tiene entre 1.5 veces y 3.98 veces más probabilidades de tener un niño con bajo peso de nacimiento en comparación con las no maltratadas y que hay un riesgo incrementado de parto prematuro entre las embarazadas maltratadas en comparación con las que no lo habían sido, con un riesgo relativo que oscila entre 1.61 y 2.7.^[14-17]

Por otro lado hay suficiente evidencia de que las víctimas de la violencia tienen más probabilidades de mostrar conductas negativas durante el embarazo, por ejemplo mayor consumo de alcohol y otras sustancias en las mujeres maltratadas con respecto a las no maltratadas.^[14-17]

En muchas investigaciones se encontró que una mujer víctima de violencia durante la gestación tiene 3 veces más probabilidades de ser asesinada por su pareja en comparación con una mujer no maltratada y que las mujeres de raza negra tienen 3.5 veces más probabilidades de ser asesinadas por su pareja respecto de las blancas. ^[14-17]

En resumen se puede decir que los estudios indican que la violencia doméstica cumple un papel sustancial en los resultados del embarazo. La mayoría de los estudios encuentran una relación significativa entre violencia conyugal y las complicaciones durante el embarazo. La violencia doméstica es una fuente significativa de lesiones y muerte tanto para la madre como para el feto. El riesgo de morir violentamente durante la gestación es más probable para las mujeres más jóvenes, solteras y de raza negra. Un dato importante es que son frecuentes las conductas negativas para la salud en las mujeres maltratadas, principalmente el uso de sustancias.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Área de estudio

Se realizó un estudio sobre violencia intrafamiliar en el Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en la ciudad de Managua. La recolección de la información se llevó a cabo entre el primero de septiembre y el 31 de diciembre del 2014.

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Población de estudio

Todas las mujeres embarazadas cuya terminación del embarazo fue atendida en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo 1 septiembre- 31 diciembre 2014. Se tomó como referencia el número de recién nacidos del mismo período del año anterior, correspondiendo a 2,400 RN. (se utiliza la estrategia recomendada por la OMS para el cálculo de tasa en mujeres embarazadas).

Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

Mujer con edad comprendida entre 15-49 años.

Que aceptó de forma voluntaria participar en el estudio

Cuya terminación de embarazo haya sido atendida en el Hospital Alemán durante el período en estudio

Criterios de exclusión.

Personas que rechazaron formar parte del estudio (que no firmaron el consentimiento informado).

Persona que presentaba alguna incapacidad física o mental.

Que no se le haya completado el cuestionario

Que no estaba en condiciones de salud para responder al cuestionario.

Muestra

La definición de la muestra implica la determinación de sus dos componentes principales:

Estimación del tamaño de la muestra necesaria para cumplir el objetivo o contestar la pregunta de investigación.

Establecimiento del procedimiento de selección de la unidades de análisis (técnica de muestro).

Determinación del tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra es estimado a través de la aplicación la fórmula muestral dirigida a dar respuesta al objetivo general (y a la pregunta de investigación). La aplicación de la fórmula seleccionada y la determinación de la muestra se llevó a cabo con el programa: PS Power and SampleSizeCalculation, versión 2.1-2007(Copyright © 1997 by William D. Dupont and Walton D. Plummer)

Se aplicó una formula muestral para determinación de parámetros (proporción) en un solo grupo (población):

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

N= Universo / Población (2400)

n= Tamaño de la muestra estimada,

Z= estadígrafo para un nivel de confianza del 95% (0.05) = 1.96

E= Precisión o error admitido: 0.05

p= frecuencia esperada de la respuesta en el grupo de estudio (21%)

q= 1-p

La prevalencia esperada se obtuvo a partir de los datos reportados por ENDESA 2006/2007 y actualización de la ENDESA 2011/2012.

Tipo de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima	Prevalencia esperada	Muestra necesaria estimada
Violencia de cualquier tipo alguna vez en la vida	29%	316
Violencia psicológica en los últimos 12 meses	21 %	231
Violencia física en los últimos 12 meses	8%	113
Violencia sexual en los últimos 12 meses	4%	59
Violencia perpetrada por la pareja íntima de cualquier tipo en los últimos 12 meses	9%	126

Luego de haber estimado los diversos tamaños de muestra requeridos, se seleccionó la muestra mayor con el objetivo de incluir al resto de muestras estimadas: 231

Esperando una tasa de rechazo aproximada del 15%, se decidió reclutar para el estudio a 266 mujeres. De estas solo rechazó participar 1. Por lo que se sobrepasó la muestra necesaria.

Total de la población (N)	2400
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	21%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	231
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	265

Descripción del procedimiento de selección de los individuos (procedimiento de muestreo)

Se realizó un muestreo aleatorio simple, durante el período de estudio

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Prueba piloto.

Previo a la ejecución de la recolección se realizó una prueba piloto, donde se investigó una muestra de 10 mujeres. Durante esta prueba piloto se aplicó un cuestionario para evaluar comprensión y respuesta de parte los participantes. Posterior al análisis de la prueba piloto se diseñó el instrumento final.

Entrevista.

La entrevista se realizó en privacidad, siguiendo un cuestionario corto compuesto por preguntas abiertas y cerradas. Debido a la complejidad del tema abordado, se dedicó el tiempo necesario para explicar cada aspecto de las preguntas. Al final de la entrevista se ofreció todas las participantes información sobre las instituciones y centros de ayuda en los que recibirían asistencia en caso de sufrir violencia.

Instrumento

Para la realización de la entrevista se siguió una versión modificada el cuestionario conocido como “Herramienta de Detección de la Violencia Basada en Género VBG)”, desarrollada por representantes Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. (IPPF/RHO), y de afiliadas en Brasil, la República Dominicana, Perú y Venezuela, 1999.

Esta herramienta originalmente está compuesta por 5 secciones que exploran las formas más frecuentes de violencia basada en el género identificadas por los autores (emocional, física, sexual y abuso sexual durante la niñez), explorando cómo y cuándo ocurrió el hecho y quién perpetró la agresión, incluyendo la pareja íntima., donde también se indaga por percepción de la mujer entrevistada respecto al riesgo actual en el que se encuentra.

En este estudio se realizaron dos modificaciones al instrumento:

Se dirigió exclusivamente a explorar la ocurrencia de violencia perpetrada por la pareja íntima. Violencia perpetrada por otras personas no fue investigada.

Se omitió la pregunta sobre abuso sexual durante la niñez

La finalidad original de este instrumento es ser usado para detectar casos de violencia (psíquica, física y sexual) en mujeres de habla hispana en los consultorios de atención médica, por lo que se consideró era el más apropiado para realizar en población que potencialmente puede hacer uso de los servicios de salud.

Este instrumento fue validado por los autores en una muestra de 67 mujeres que acudían a las clínicas de salud sexual y reproductiva en cinco países de América Latina y el Caribe, mostrando que sus propiedades lingüísticas y psicométricas eran adecuadas (Majdalani y Col., 2005).

De forma adicional se exploró una sección sobre eventos adversos de la madre y el producto durante el embarazo y parto.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información.

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 20.0 versión para Windows (SPSS Inc 2011).

Estadística descriptiva

Las variables fueron descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés (si eran variables categóricas o variables cuantitativas)

Variables categóricas (conocidas como cualitativas): Se describieron e términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra.

Variables cuantitativas: Para variables cuantitativas se determinaron estadígrafos de tendencia central y de dispersión. Los estadígrafos utilizados estuvieron en dependencia del tipo de distribución de los valores de la variable (normal o no normal- asimétrica). Para variables con distribución normal se usaron la media (promedio) y la desviación estándar (DE). Para variables con distribución asimétrica se usaron mediana, rango y percentiles. Las variables cuantitativas están expresada en gráficos histograma, y cuando fueron analizadas por grupos se usaron gráficos de caja (cajas y bigotes – Boxplot).

Para la evaluación de la normalidad de la distribución se evaluó los gráficos de histogramas con curvas de normalidad, y se aplicó los siguientes tests de normalidad: prueba de Kolmogorov-Smirnov, con un nivel de significancia de Lilliefors para probar la normalidad.

Para el análisis descriptivo de las variables se usó el programa estadístico de SPSS 20.0.

Exploración de la relación entre variables

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (X^2), a través de la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e} \right]$$

Para explorar la asociación entre una variable dependiente categórica (formada por dos categorías) y una variable dependiente cuantitativa, se usó la prueba de T de Student. Esta prueba evalúan si hay diferencias significativas entre grupos (dicotómica) en relación a una variable cuantitativa.

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Se consideró que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa, cuando el valor de p fue <0.05. Las pruebas estadísticas para evaluar relación o diferencias entre variables se llevaron a cabo a través del programa SPSS 17.0

En general se compararon las variables relevantes entre el grupo de mujeres que sufrió violencia y el grupo de mujeres que no sufrió violencia, para así determinar aquellos factores que podrían estar influyendo en la ocurrencia de violencia. Para ver detalles de las variables que se compararon según grupo de mujeres (sufrieron violencia versus no sufrieron violencia) ver la sección de “Listado de variables y cruce de variables”.

LISTADO DE VARIABLES

Objetivo 1: Identificar las características socio-demográficas de las pacientes en estudio

Edad

Procedencia

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

Objetivo 2: Determinar los diferentes subtipos de violencia contra la mujer según la población en estudio.

Violencia psicológica alguna vez

Violencia psicológica en los últimos 12 meses

Violencia física alguna vez

Violencia física en los últimos 12 meses

Violencia sexual alguna vez

Violencia sexual en los últimos 12 meses

Violencia de cualquier tipo en cualquier momento

Seguridad

Objetivo 3: Identificar la asociación entre la violencia y los antecedentes maternos y factores relacionados con la pareja, en la población en estudio.

APP

HTA

Diabetes

Diabetes gestacional

IRC

Cardiopatías

Antecedentes gineco-obstétricos

Menarquia

Getas

Paras

Abortos

Cesáreas

Nacidos vivos

Número de hijos vivos actualmente

Terminación del embarazo anterior

SHG

Muerte perinatal anterior

Óbito fetal anterior

Diabetes inducida por el embarazo

Hábitos tóxicos

Tabaco

Alcohol

Drogas

Factores asociados a la pareja

Estado de convivencia con la pareja

Consumo de alcohol

Frecuencia de consumo de alcohol

Objetivo 4: Determinar la relación entre la ocurrencia de violencia y complicaciones en la madre y el feto o recién nacido, en la población en estudio.

Embarazo actual

SG

CPN

SG al primer CPN

SG al último CPN

IMC

Ganancia de peso

Patologías maternas

Hemorragia II trimestre

Hemorragia III trimestre

Diabetes gestacional

SHG

IVU

HTA

Diabetes

Renales

Hematológicas

Traumatismo

Anemia

Infecciones

TORCH

Sífilis

Defectos fetales

Displasias/disrupciones

Malformaciones estructurales

Malformaciones congénitas

Defectos ovulares

Ruptura prematura de membranas

Abruptio placentae

Inserción baja de placenta

Compresiones del cordón

Nudo del cordón

Infarto placentario

Factores maternos fetales

CIUR

Pretérmino

Cruce de variables

APP / violencia

Antecedentes obstétricos / violencia

Patologías maternas (embarazo actual) / violencia

Defectos fetales / violencia

Defectos ovulares / violencia

Factores materno-fetales / violencia

Situación conyugal / violencia

Consumo de alcohol por la pareja / violencia

Hábitos tóxicos de la embarazada / violencia

Sensación de seguridad / violencia

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

variable	Definición operativa	Indicador	Escala
Edad	Numero de años cumplidos desde el nacimiento a la actualidad.	Según respuesta	escala
Procedencia	Lugar de residencia y urbanidad	Según respuesta	Urbana Rural
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzado	Según respuesta	Expresada en forma de categoría: No sabe leer Sabe leer y escribir pero no estudio Primaria Secundaria Técnico Universitario
Estado civil	Estado de convivencia actual	Según respuesta	Casada Unión estable Soltera Divorciada Viuda
Ocupación	Actividad principal	Según respuesta	Ama de casa Estudian

			Cuenta propia Profesional Técnico Doméstica Otro
Antecedentes personales patológicos	Enfermedades crónicas de la paciente previas al embarazo	Según respuesta	HTA Diabetes Diabetes gestacional IRC Cardiopatías SHG Muerte fetal Otros
Antecedentes gineco-obstétricos previos al embarazo	Historia obstétrica y ginecológica de la paciente previos al inicio del embarazo actual	Según respuesta	Menarquía Geta Para Abortos Cesáreas Nacidos vivos Número de hijos vivos actualmente Terminación del embarazo anterior SHG Muerte perinatal anterior Óbito fetal anterior Diabetes inducida por el embarazo
Hábitos tóxicos	Consumo de sustancias	Según	Tabaco Alcohol

	tóxicas	respuesta	Drogas
Datos del embarazo actual	Comportamiento de las variables relacionadas con el embarazo actual	Expediente clínico	SG CPN SG al primer CPN SG al último COPN IMC Ganancia de peso
Patologías maternas asociadas al embarazo actual	Enfermedades crónicas, agudas o agudizadas en cualquier momento del embarazo actual	Expediente clínico	Hemorragia II trimestre Hemorragia III trimestre Diabetes gestacional SHG IVU HTA Renales Hematológicas Traumatismo Anemia Infecciones Torch APP Abortos Otros
Defectos fetales	Alteraciones morfofuncionales que afectan al feto o producto de la gestación	Expediente clínico	Displasias/disrupciones Malformaciones estructurales Malformaciones congénitas
Defectos ovulares	Alteraciones morfofuncionales que afectan a los	Expediente clínico	Ruptura prematura de membranas Abruptioplacentae

	anexos fetales		<p>Circular del cordón</p> <p>Inserción baja de placenta</p> <p>Compresiones del cordón</p> <p>Nudo del cordón</p> <p>Infarto placentario</p>
Complicaciones del recién nacido	Alteraciones morfofuncionales o patológicas que afectan al rn	Expediente clínico	<p>CIUR / Bajo peso al nacer</p> <p>Pretérmino</p>
Violencia psicológica contra la mujer perpetrada por la pareja íntima	<p>Conducta que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer. Esta incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso, <u>reclusión</u> y privación de los <u>recursos físicos</u>, financieros y personales (WHO 1997; WHO 2003)</p>	Según respuesta	<p>Expresada en forma categórica (Dicotómica):</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Expresada en forma de categoría de tiempo de ocurrencia (multinomial):</p> <p>Durante la última semana</p> <p>En el último mes</p> <p>En los últimos seis meses</p> <p>En el último año</p> <p>En algún momento de la convivencia</p>

variable	Definición operativa	Indicador	Escala
Violencia física contra la mujer perpetrada por la pareja íntima	Toda conducta de la pareja íntima que ocasione que una mujer se encuentra en una situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. (WHO 1997; WHO2003)	Según respuesta	Expresada en forma categórica (Dicotómica): Si No Expresada en forma de categoría de tiempo de ocurrencia (multinomial): Durante la última semana En el último mes En los últimos seis meses En el último año En algún momento de la convivencia
Violencia sexual contra la mujer perpetrada por la pareja íntima	Cconducta que amenace o vulnere el derecho de la persona a decidir voluntariamente su sexualidad. Incluyecualquier tipo de sexo forzado o degradación sexual (WHO 1997; WHO2003)	Según respuesta	Expresada en forma categórica (Dicotómica): Si No Expresada en forma de categoría de tiempo de ocurrencia (multinomial): Durante la última semana En el último mes En los últimos seis meses En el último año En algún momento de la convivencia

<p>Violencia de cualquier tipo la mujer perpetrada por la pareja íntima</p>	<p>Violencia contra la mujer es la infligida por su marido o pareja masculina. La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. (WHO 1997)</p>	<p>Según respuesta</p>	<p>Expresada en forma categórica (Dicotómica):</p> <p>Si No</p> <p>Expresada en forma de categoría de tiempo de ocurrencia (multinomial):</p> <p>Durante la última semana En el último mes En los últimos seis meses En el último año En algún momento de la convivencia</p>
<p>Sensación de seguridad en el hogar</p>	<p>Percepción de bienestar en el lugar de habitación de una persona – sin miedo de sufrir violencia</p>	<p>Según respuesta</p>	<p>Expresada en forma categórica (Dicotómica):</p> <p>Si No</p>

variable	Definición operativa	Indicador	Escala
Consumo de alcohol por parte de la pareja	acto de tomar alcohol realizado por la persona con la cual convive o convivió	Según respuesta	Expresada en forma categórica (Dicotómica): Si No
Frecuencia de Consumo de alcohol por parte de la pareja	Cantidad de veces que se repite el consumo de alcohol por parte de su pareja	Según respuesta	Expresada en forma de categoría (multinomial): Raramente Ocasionalmente Muy frecuentemente

Consideraciones éticas.

Para la realización de este estudio se contó con la autorización de las autoridades correspondientes y el protocolo fue revisado y aprobado previamente. La información será usada únicamente con carácter académico, y la identidad de los pacientes es confidencial y solo los autores tienen acceso a dicha información.

Se solicitó consentimiento verbal (según lo recomendado por el MINSA Nicaragua y la OMS para investigaciones por encuesta) a todas las participantes en el estudio. A cada participante se le explicó claramente acerca de los objetivos y alcance de la investigación, que sería únicamente para estudio investigativo y que se respetaría la confidencialidad de la información brindada por la entrevistada, Cada mujer tuvo el derecho de retirarse de la entrevista cuando así lo deseó.

En aquellos casos en los que se identificó problemas de violencia se le solicitó autorización a la paciente para referirla al servicio de trabajo social y psicología del hospital para su debido seguimiento.

RESULTADOS.

Del total de pacientes entrevistadas en nuestro estudio (n=265), la mayoría procedían del área urbana (77%), con nivel de escolaridad secundaria (51.3%), en convivencia con pareja estable actualmente (83.7%), con predominio del grupo etáreo de 20 a 29 años (48%) seguido de menor de 20 años (33%). (Ver cuadro 1A).

En cuanto a la ocupación se observó que el 80% de las pacientes estudiadas referían ser ama de casa (80%). (Ver cuadro 1B)

Como resultado más importante se detectó una frecuencia en las mujeres embarazadas estudiadas de violencia de cualquier tipo y en cualquier momento de 42%. (Ver cuadro 2)

La violencia psicológica en cualquier momento se reportó en el 34.3% de las pacientes, violencia psicológica en los últimos 12 meses de 17.7%, violencia física alguna vez en el 12.1%, violencia física en los últimos 12 meses en el 1.5%, violencia sexual alguna vez 6.4% y violencia sexual en los últimos 12 meses de 0.8%. (Ver cuadro 3)

Con el propósito de comparar los antecedentes patológicos personales, antecedentes obstétricos y hábitos tóxicos con relación a la violencia, se clasificó a la mujer embarazada en dos categorías: Ha sufrido algún tipo de violencia en cualquier momento; no ha sido violencia de cualquier tipo. (ver cuadro 4)

No se observaron diferencias en cuanto a los antecedentes personales patológicos, en ambos grupos los antecedentes de enfermedades crónicas fueron poco frecuentes cercanos al 2%. En cuanto al antecedente de muerte perinatal anterior (2% vs 1%), óbito fetal anterior (1% vs 0%) y diabetes inducida por el embarazo (1% vs 1%), tampoco se observaron diferencias entre las mujeres que reportan haber sufrido violencia y las que no. (ver cuadro 4)

Al comparar los antecedentes obstétricos con relación a la variable “haber sufrido violencia de cualquier tipo en cualquier momento”, no se observaron diferencias en cuanto a la menarquía (13.9 vs 12.6), número de gestas (1.15 vs 1.24), número de partos (0.80 vs 0.86), número de abortos (0.16 vs 0.36), número de cesáreas (0.14 vs 1.17), número de nacidos vivos (0.90 vs 1.05), y número de hijos vivos actualmente (1.16 vs 1.15). (Ver cuadro 5)

Al evaluar la asociación entre patologías maternas y la frecuencia de violencia contra la mujer en cualquier momento perpetrada por su pareja íntima, se observaron diferencias significativas. En ambos grupos predominaron el síndrome hipertensivo gestacional (21% vs 18%), las infecciones de vías urinarias (58% vs 52.3%), la anemia (7% vs 6.3%) y las infecciones (10% vs 9%). Un dato relevante es que el grupo que sufrió violencia se presentó con mayor frecuencia APP (25.2%) y amenaza de aborto (18.9%) en comparación con el grupo que no sufrió violencia (APP 9.7%, amenaza de aborto 5.8%) (Ver cuadro 6)

Al evaluar la asociación entre defectos fetales, ovulares y factores materno-fetales y la frecuencia de violencia contra la mujer en cualquier momento, perpetrada por su pareja íntima, no se observó diferencia con relación a los defectos fetales propiamente dicho ni con relación a los defectos ovulares. En ambos grupos predominó la presencia de ruptura prematura de membrana (15%) y circular de cordón (14%). Sin embargo si se observó que hubo una diferencia significativa con relación a los factores materno fetales inter-relacionados. Las mujeres que sufrieron violencia tuvieron el doble de frecuencia de CIUR (6% vs 3%) y de pretérmino (13.5% vs 7%), en comparación con las mujeres que no ha sufrido violencia. (Ver cuadro 7).

También se exploró la situación de convivencia y el hábito de consumo de alcohol por parte de la pareja, observándose que no hubo diferencias en cuanto al estado de convivencia y el reporte de violencia en cualquier momento. De forma general tampoco se observó diferencia en cuanto al hábito de consumo de alcohol por parte de la pareja. Sin embargo se observó que las mujeres que sufrieron violencia reportaban en mayor porcentaje que sus parejas consumían alcohol muy

frecuentemente (21.4% vs 9.4%). Por otro lado las mujeres que sufrieron violencia reportaron haber consumido alcohol un 23.4% mientras que en el grupo que no sufrió violencia el 16% reportó no haber consumido alcohol (Ver cuadro 8)

Al evaluar la asociación entre la “sensación de seguridad al regresar a su casa” y la violencia contra la mujer en las pacientes estudiadas, se observó que en ambos grupos el 96% de las pacientes se sentía segura de regresar a su caso (ver cuadro 9)

DISCUSIÓN.

La violencia familiar, especialmente la ejercida contra la mujer, es reconocida como un problema de salud pública y salud mental, además de constituir una violación a los derechos humanos en tanto que atenta contra la integridad física y emocional de las personas. En un estudio de la OMS sobre la violencia contra la mujer infligida por la pareja y la violencia doméstica, realizada en 10 países, se encontró entre 15% (Japón) y 71% (Etiopía y Perú) de mujeres que habían reportado haber sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja, y entre 0.3 y 11.5% que refirieron haber sufrido de violencia sexual por parte de alguien que no era su pareja.

Como resultado más importante se detectó en nuestro estudio una prevalencia en las mujeres embarazadas estudiadas de violencia de cualquier tipo y en cualquier momento de 42%, cifra mayor a la encontrada por otros estudios realizados.

La violencia psicológica en cualquier momento fue el tipo de violencia más frecuente, estos datos coinciden con algunas investigaciones llevadas a cabo en México y Perú reportan que la violencia psicológica es más frecuente que la violencia física y con los datos más reciente aportados por la Encuesta Nicaragüense de Demografía y SALUD (ENDESA 2012), los cuales reflejan que el mismo porcentaje encontrado en nuestro estudio de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos, violencias físicas, y sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja.

Otro estudio publicado por Collado y colaboradores en el 2007 en el que encontraron que la prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 39.24%. La violencia psicológica fue la más frecuente antes y durante el embarazo (94.71 y 96.46%, respectivamente), mientras que las violencias física y sexual disminuyeron durante la gestación.

En otros países, en relación a los factores asociados a la violencia durante el embarazo de tipo demográfico, se menciona el tener corta edad y bajo nivel

educativo. Respecto a los factores socioculturales asociados, se encuentra el uso y abuso de sustancias por parte de la pareja o alguien cercano. De forma general, las mujeres investigadas en nuestro estudio se caracterizaron por que en su mayoría procedía del área urbana, con nivel de escolaridad secundaria, en convivencia con pareja estable actualmente. También se exploró la situación de convivencia y el hábito de consumo de alcohol por parte de la pareja, observándose que no hubo diferencias en cuanto al estado de convivencia y el reporte de violencia en cualquier momento. De forma general tampoco se observó diferencia en cuanto al hábito de consumo de alcohol por parte de la pareja. Sin embargo se observó que las mujeres que sufrieron violencia reportaban en mayor porcentaje que sus parejas consumían alcohol muy frecuentemente

En nuestro estudio con el propósito de comparar los antecedentes patológicos personales, antecedentes obstétricos y hábitos tóxicos con relación a la violencia, se clasificó a la mujer embarazada en dos categorías: Ha sufrido algún tipo de violencia en cualquier momento; no ha sido violencia de cualquier tipo.

No se observaron diferencias en cuanto a los antecedente personales patológicos, en ambos grupos los antecedentes de enfermedades crónicas fueron poco frecuentes cercanos al.

En cuanto al antecedente de muerte perinatal anterior óbito fetal anterior y diabetes inducida por el embarazo tampoco se observaron diferencias entre las mujeres que reportan haber sufrido violencia y las que no. Al comparar los antecedentes obstétricos con relación a la variable “haber sufrido violencia de cualquier tipo en cualquier momento”, no se observaron diferencias en cuanto a la menarquía, número de gestas número de partos, número de abortos, número de cesáreas, número de nacidos vivos, y número de hijos vivos actualmente.

Al evaluar la asociación entre patologías maternas y la frecuencia de violencia contra la mujer en cualquier momento perpetrada por su pareja, se observaron diferencias significativas. En ambos grupos predominaron el síndrome hipertensivo gestacional, las infecciones de vías urinarias, la anemia y las infecciones

Al evaluar la asociación entre defectos fetales, ovulares y factores materno-fetales y la frecuencia de violencia contra la mujer en cualquier momento, perpetrada por su pareja íntima, no se observó diferencia con relación a los defectos fetales propiamente dicho ni con relación a los defectos ovulares. En ambos grupos predominó la presencia de ruptura prematura de membrana y circular de cordón.

Sin embargo si se observó que hubo una diferencia significativa con relación a los factores materno fetales inter-relacionados. Las mujeres que sufrieron violencia tuvieron el doble de frecuencia de CIUR y de parto pretérmino, en comparación con las mujeres que no ha sufrido violencia, estos datos coinciden con estudio realizado por Núñez Rivas y colaboradores que llevaron a cabo en, San José, Costa Rica, que dieron a luz entre septiembre de 1998 y noviembre de 1999. Los autores encontraron que los niños de madres que sufrieron actos de violencia pesaron como promedio 449,4 g menos ($P < 0,001$) que los de las mujeres que no habían estado expuestas a actos de violencia. Las primeras presentaron un riesgo tres veces mayor de tener hijos con bajo peso al nacer que las segundas. Las variables que se asociaron más estrechamente con el bajo peso al nacer fueron la violencia sufrida por la madre (asociación directa) y el aumento de peso de la madre durante la gestación (relación inversa sobre la violencia hacia las mujeres como factor de riesgo reproductivo y conformar grupos de expertos en este tema con el fin de desarrollar.

En el estudio antes descrito publicado por Collado y colaboradores en el 2007, también reportaron que la violencia familiar en 12 meses antes del embarazo incrementó el riesgo de bajo peso en el recién nacido (RM 1.69, IC 95%, 1.01-2.81) y de aborto (RM 2.09, IC 95% 1.14-3.83). La violencia familiar durante el embarazo se incrementó por la exposición a violencia en cualquier momento previo a la gestación (RM 3.13, IC 95%, 1.48-6.63) y en el año anterior al embarazo (RM 12.79, IC 95%, 6.38-25.6). Los autores concluyeron que la violencia antes y durante el embarazo es frecuente y se asocia con resultados adversos tanto maternos como fetales.

CONCLUSIONES.

De forma general, las mujeres estudiadas se caracterizaron por que en su mayoría procedía del área urbana, con nivel de escolaridad secundaria, en convivencia con pareja estable actualmente.

Se detectó una frecuencia alta de violencia de cualquier tipo y en cualquier momento en las mujeres embarazadas estudiadas.

La violencia psicológica es el subtipo de violencia más frecuente, seguido de la física y en menor medida la sexual.

El riesgo de sufrir violencia durante el embarazo es tan alto como el riesgo de una mujer no embarazada.

No se observó una asociación entre la frecuencia de violencia y los antecedentes patológicos personales o familiares, y los antecedentes obstétricos.

Se observaron diferencias significativas en cuanto a las patologías maternas del embarazo actual entre las mujeres que han sufrido violencia en comparación con las que no sufrieron violencia. Se encontró mayor riesgo de sufrir amenaza de parto pretérmino y amenaza de aborto. No se observó diferencia con relación a los defectos fetales propiamente dicho ni con relación a los defectos ovulares.

Se observó que hubo una diferencia significativa con relación a los factores materno fetales inter-relacionados. Las mujeres que sufrieron violencia tuvieron el doble de frecuencia de CIUR y de pretérmino, en comparación con las mujeres que no ha sufrido violencia.

Las mujeres que sufrieron violencia reportaban en mayor porcentaje que sus parejas consumían alcohol muy frecuentemente en comparación con las mujeres que no sufrieron violencia.

RECOMENDACIONES.

Es necesario realizar capacitaciones a nivel institucional a todo el personal de salud para tener las herramientas necesarias de detección oportuna de los casos de violencia contra la mujer.

Se deben incluir en nuestros planes de estudio de la especialidad de ginecoobstetricia la temática con enfoque en violencia intrafamiliar, para que tanto los ginecólogos como residentes en formación tengamos la herramienta necesaria para detectar y abordar oportunamente esta problemática nacional

Enfatizar en el personal de salud que tiene contacto con la paciente embarazada la necesidad de abordarla adecuada e integralmente al acudir a consulta, ya que hay patologías que presenta la paciente que pueden estar asociadas a violencia.

La identificación de los diversos escenarios de riesgo es un paso fundamental para el desarrollo de intervenciones eficaces en la prevención y tratamiento de la violencia contra mujeres embarazadas.

Es importante sensibilizar y actualizar al personal del primer nivel de atención sobre el tema de violencia, para que el equipo de salud pueda realizar las actividades de detección oportuna de violencia y proporcione a la mujer la información, atención y referencia adecuada.

BIBLIOGRAFÍA.

1. García-Moreno, C., Preliminary Results From the WHO Multi-Country. 2002.
2. WHO, Violence Against Women: a priority health issue. Geneva, WHO/FRH/WHD/97.8. . 1997.
3. INIDE, ENCUESTA NICARAGUENSE DE DEMOGRAFÍA Y SALUD - ENDESA 2011/2012. 2012, Instituto Nicaraguense de Información y Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSAL): Managua.
4. MINSAL, I.-. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2001. 2002, Instituto Nicaraguense de Estadísticas y Censos (INEC) - Ministerio de Salud, República de Nicaragua.: Managua.
5. Herrera, M., Violencia y somatizaciones ginecológicas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2001; (4): 335-9. .
6. Núñez-Rivas, H. P., Monge-Rojas, R., Gríos-Dávila, C., Elizondo-Ureña, A. M., & Rojas-Chavarría, A. (2003). La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica*, 14(2), 75-83.
7. Sanz-Barbero, B., Rey, L., & Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102-108.
8. INIDE-MINSAL, Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2006/2007. 2008, Instituto Nicaraguense de Información y Desarrollo (INIDE)- Ministerio de Salud, República de Nicaragua (MINSAL). Managua.
9. Stevens, D.P.E. and A. Levin, Enfermedad renal crónica (guía de práctica clínica). *Ann Intern Med*, 2013. **158**: p. 825-830.
10. Calvo González, G., & Camacho Bejarano, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(33), 424-439.
11. García, A. J. Y. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*, (18), 147-159.
12. Frías, S. M. (2014). Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas: Evidencias a partir de las encuestas. *Acta Sociológica*, 2014(65), 11-36.
13. Gorostidi, M., et al., Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madrid)*, 2014. **34**(3): p. 302-316.
14. Aizer, A. (2011). Poverty, Violence, and Health The Impact of Domestic Violence During Pregnancy on Newborn Health. *Journal of Human Resources*, 46(3), 518-538.

15. Boy, A., & Salihu, H. M. (2003). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International journal of fertility and women's medicine*, 49(4), 159-164.
16. Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., & Watts, C. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 3-9.
17. Scribano, P. V., Stevens, J., Kaizar, E., & NFP-IPV Research Team. (2013). The effects of intimate partner violence before, during, and after pregnancy in nurse visited first time mothers. *Maternal and child health journal*, 17(2), 307-318.
18. Collado Peña, S. P. , & Egan, L. A. V. (2007). Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Ginecol Obstet Mex*, 75, 259-67.

ANEXOS.

2 Diabetes inducida por el
6 embarazo 0 no 1 si

Sección IV : consumo de sustancias nocivas

7 Tabaco	0 nunca	1 pasado	2 actualmente	3 durante el embarazo
8 Alcohol	0 nunca	1 pasado	2 actualmente	3 durante el embarazo
9 Drogas ilegales	0 nunca	1 pasado	2 actualmente	3 durante el embarazo

SECCIÓN V: DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL

30 SG AL MOMENTO DE FINALIZACION DEL EMBARAZO _____

31 NUMERO DE CPN _____

32 SG AL PRIMER CPN _____

33 SG AL ULTIMO CPN PREVIO _____

34 IMC _____

35 GANACIA PONDERAL DE PESO _____

SECCION VI: PATOLOGÍAS MATERNAS (EMBARAZO ACTUAL)

36 HEMORRAGIA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	0 NO	1 SI
37 HEMORRAGIA EN EL TERCER TRIMESTRE	0 NO	1 SI
38 DIABETES GESTACIONAL	0 NO	1 SI
39 SHG	0 NO	1 SI
40 Infecciones del tracto urinario	0 NO	1 SI
41 Hipertensión Arterial	0 NO	1 SI
42 Diabetes (de cualquier tipo)	0 NO	1 SI
43 Renales	0 NO	1 SI
44 Hematológicas	0 NO	1 SI
45 Traumatismos	0 NO	1 SI
46 Anemia	0 NO	1 SI
47 Infecciones	0 NO	1 SI
48 TORCH	0 NO	1 SI
49 SIFILIS	0 NO	1 SI
50 OTROS (ESPECIFIQUE)	0 NO	1 SI

SECCION VII: DEFECTOS FETALES

51 Displasias/disrupciones	0 NO	1 SI
52 Malformaciones estructurales	0 NO	1 SI
53 Malformaciones congénitas	0 NO	1 SI

SECCION VIII: DEFECTOS OVULARES

54 Ruptura prematura de membranas	0 NO	1 SI
55 Abruptio placentae	0 NO	1 SI
56 Circular del cordón	0 NO	1 SI
57 Inserción baja de placenta	0 NO	1 SI
58 Compresiones del cordón	0 NO	1 SI
59 Nudo del cordón	0 NO	1 SI
60 Infarto placentario		

SECCIÓN IX: FACTORES MATERNO-FETALES

61 CIUR	0 NO	1 SI
62 PRETERMINO POR FUR	0 NO	1 SI
63 PRETERMINO POR EXAMEN FISICO	0 NO	1 SI
64 OTROS (ESPECIFIQUE)	0 NO	1 SI
65 PESO DEL FETO		

Situación de violencia

1. Situación de la pareja: Pareja conviviente ____ Pareja no conviviente ____ Sin pareja _____

VIOLENCIA CON LA PAREJA ACTUAL

Violencia Psicológica

6. ¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja? (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, aislar, etc.)* Si ____ No ____

7. ¿Se ha sentido durante los últimos 12 meses alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja? (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, aislar, etc.)* Si ____ No ____

8 .Si la respuesta es Sí:¿Cuándo fue la últimas vez que sucedió esto?

Violencia Física

9. ¿Alguna vez su pareja le ha hecho daño físico? (Ejemplo: golpes, mutilaciones, quemaduras, etc.)*

Si___ No ___

10. ¿Alguna vez durante los últimos 12 meses su pareja le ha hecho daño físico? (Ejemplo: golpes, mutilaciones, quemaduras, etc.)*

Si___ No ___

11. Si la respuesta es Sí:¿Cuándo sucedió esto? _____

Violencia Sexual

12. ¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales con su pareja? Si___ No ___

13. ¿En algún momento durante los últimos 12 meses se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales con su pareja? Si___ No ___

14. Si la respuesta es Sí:¿Cuándo sucedió esto? _____

Seguridad

15. ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?

Consumo de alcohol por parte de la pareja

16. Su pareja actual (o anterior en el caso de mujeres no convivientes) consume algún tipo de licor (alcohol)

Si_____ No_____

17. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia lo hace?:

Raramente_____ Ocasionalmente _ Muy frecuentemente_____

Asistencia al centro de salud local u hospital en búsqueda de atención médica

18. Cuantas veces durante el último mes ha visitado el centro de salud local o un hospital (por cualquier motivo de consulta): _____

19. Cuantas veces durante los 12 últimos meses ha visitado el centro de salud local o un hospital (por cualquier motivo de consulta): _____

20. Cuáles fueron las razones por la que visitó el centro de salud local o el hospital durante los últimos 12 meses :

21. Eventos adversos de la madre y el producto (revisión de expedientes)

Eventos adversos	Embarazo	Parto
Madre		
Feto		

CUADRO 1A: Características sociodemográficas de las mujeres participantes en el estudio sobre violencia en el embarazo y su asociación con complicaciones materno- fetales, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1septiembre - 31 diciembre 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS		Frecuencia	Porcentaje
PROCEDENCIA	URBANA	205	77.4
	RURAL	60	22.6
	Total	265	100.0
ESCOLARIDAD	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	11	4.2
	SABE LEER Y ESCRIBIR PERO NO ESTUDIO	5	1.9
	PRIMARIA	3	1.1
	SECUNDARIA	77	29.1
	TECNICO	136	51.3
	UNIVERSIDAD	33	12.5
	Total	265	100.0
ESTADO CIVIL	CASADA	60	22.6
	UNION ESTABLE	162	61.1
	SOLTERA	41	15.5
	DIVORCIADA	2	.8
	Total	265	100.0
EDAD	MENOR DE 20	87	32.8
	DE 20 A 29	127	47.9
	DE 30 O MÁS	51	19.2
	Total	265	100.0

FUENTE: ENTREVISTA

CUADRO 1B:Características sociodemográficas de las mujeres participantes en el estudio sobre violencia en el embarazo y su asociación con complicaciones materno- fetales, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1septiembre - 31 diciembre 2014

		Frecuencia	Porcentaje
OCUPACION	AMA DE CASA	213	80.4
	ESTUDIANTE	26	9.8
	CUENTA PROPIA	12	4.5
	PROFESIONAL	3	1.1
	TECNICOS	1	.4
	OTROS	8	3.0
	DOMESTICA	2	.8
	Total	265	100.0

FUENTE: ENTREVISTA

CUADRO 2: Frecuencia violencia contra la mujer en participantes del estudio sobre violencia en el embarazo y su asociación con complicaciones materno-fetales, Hospital Alemán Nicaragüense, 1 septiembre - 31 diciembre 2014

Han sufrido violencia.	Numero	porcentaje
SI	111	42%
NO	154	58.1%
TOTAL	265	100%

Fuente: Entrevista

CUADRO 3:Frecuencia violencia contra la mujer Embarazada según subtipo; y su asociación con complicaciones en la madre y el bebé, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1 septiembre - 31 diciembre 2014. (n=265).

		NUMERO	PORCENTAJE
VIOLENCIA	VP ALGUNA VEZ	91	34.3
	VP EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	47	17.7
	VF ALGUNA VEZ	32	12.1
	VF EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	4	1.5
	VS ALGUNA VEZ	17	6.4
	VS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	2	0.8

VP: violencia psicológica

VF: violencia física

VS: violencia sexual

FUENTE: Entrevista

CUADRO 4: Asociación entre los antecedentes patológicos personales, obstétricos y la frecuencia de violencia contra la mujer, pacientes embarazadas hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre - 31 diciembre 2014

		VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO EN CUALQUIER MOMENTO				CHI-CUADRADO
		NO		SI		Valor de p
APP ^a	HTA	3	2%	2	1.8%	0.453
	IRC	0	0%	1	0.9%	0.972
	OTRAS	8	5%	6	5.4%	0.732
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	MUERTE PERINATAL ANTEROR	3	2%	1	0.9%	0.232
	OBITO FETAL ANTERIOR	1	1%	0	0.0%	0.823
	DIABETES INDUCIDA POR EL EMBARAZO	2	1%	1	0.9%	0.732

FUENTE: Entrevista

CUADRO 5: Asociación entre antecedentes obstétricos y la frecuencia de violencia contra la mujer en cualquier momento, pacientes hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre - 31 diciembre 2014

VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO EN CUALQUIER MOMENTO		MENARQUIA	GETAS	PARAS	ABORTOS	CESAREAS	NACIDOS VIVOS	NUMERO DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE
NO	N	153	154	154	154	154	154	154
	Media	13.93	1.15	0.80	0.16	0.14	0.90	1.16
	Mediana	13.00	1.00	.00	0.00	0.00	0.00	1.00
	Desv. típ.	10.718	1.707	1.330	0.445	0.444	1.322	1.377
	Mínimo	2	0	0	0	0	0	0
	Máximo	141	12	6	2	2	6	6
SI	N	111	111	111	111	111	111	110
	Media	12.64	1.24	.86	0.36	0.17	1.05	1.15
	Mediana	13.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00
	Desv. típ.	2.231	1.491	1.212	1.9	.424	1.347	1.369
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	17	7	5	2	2	7	7
T- Student (valor de p)		0.111	0.432	0.221	0.081	0.652	0.121	0.987

FUENTE: Entrevista

CUADRO 6: Asociación entre patologías maternas y la frecuencia de violencia contra la mujer en cualquier momento, pacientes hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre - 31 diciembre 2014

		VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO EN CUALQUIER MOMENTO				Chi-cuadrado
		NO (n=154)		SI (n=111)		Valor de p
		No.	%	No.	%	
APATOLOGIAS MATERNAS	HEMORRAGIA II TRIMESTRE	6	4%	5	4.5%	0.222
	HEMORRAGIA III TRIMESTRE	5	3%	2	1.8%	0.971
	DIABETES GESTACIONAL	4	3%	3	2.7%	0.212
	SHG	33	21%	21	18.9%	0.089
	IVU	76	49%	58	52.3%	0.091
	HTA	11	7%	3	2.7%	0.076
	RENALES	26	17%	7	6.3%	0.093
	HEMAROLÓGICAS	12	8%	4	3.6%	0.234
	TRAUMATISMO	11	7%	4	3.6%	0.211
	ANEMIA	22	14%	7	6.3%	0.142
	INFECCIONES	28	18%	10	9.0%	0.076
	TORCH	0	0%	2	1.8%	0.099
	APP	15	9.7%	28	25.2%	0.045
	AMENAZA DE ABORTO	9	5.8%	21	18.9%	0.032
	OTROS	6	4%	0	0.0%	

FUENTE: Entrevista y revisión de expediente clínico.

CUADRO 7: Asociación entre defectos fetales, ovulares y factores materno-fetales y la frecuencia de violencia contra la mujer, pacientes embarazadas hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre - 31 diciembre 2014

		VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO EN CUALQUIER MOMENTO				CHI CUADRADO VALOR DE P
		NO		SI		
		No.	%	No.	%	
DEFECTOS FETALES	Malformaciones congénitas	1	1%	0	0.0%	0.872
DEFECTOS OVULARES	Ruptura prematura de membranas	27	18%	17	15.3%	0.342
	Abruptio placentae	1	1%	0	0.0%	0.324
	Circular del cordón	15	10%	16	14.4%	0.721
	Inserción baja de placenta	1	1%	0	0.0%	0.675
	Compresiones del cordón	1	1%	0	0.0%	0.432
	Nudo del cordón	1	1%	0	0.0%	0.982
FACTORES MATERNOS FETALES	CIUR	5	3%	7	6.3%	0.065
	Pretérmino	11	7%	15	13.5%	0.028
	Otros	8	5%	1	0.9%	0.232

FUENTE: ENTREVISTA Y REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO.

CUADRO 8: Asociación entre los hábitos de la mujer embarazada y pareja y la frecuencia de violencia, patienteshospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre - 31 diciembre 2014

		VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO EN CUALQUIER MOMENTO				Total		Pruebas de chi-cuadrado		
		NO		SI						
		n	%	n	%	n	%	Valor	gl	p
ESTADO CIVIL	CASADA	31	51.70%	29	48.30%	60	100.00%	4.136 ^a	3	0.247
	UNION ESTABLE	100	61.70%	62	38.30%	162	100.00%			
	SOLTERA	21	51.20%	20	48.80%	41	100.00%			
	DIVORCIADA	2	100.00%	0	0.00%	2	100.00%			
CONSUMO DE ALCOHOL POR LA PAREJA	NO	90	58.40%	55	49.50%	145	54.70%	2.058 ^a	1	0.151
	SI	64	41.60%	56	50.50%	120	45.30%			
Total		154	100.00%	111	100.00%	265	100.00%			
FRECUENCIA DE CONSUMO	RARAMENTE	14	21.90%	11	19.60%	25	20.80%	3.413 ^a	2	0.181
	OCASIONALMENTE	44	68.80%	33	58.90%	77	64.20%			
	MUY FRECUENTEMENTE	6	9.40%	12	21.40%	18	15.00%			
Total		64	100.00%	56	100.00%	120	100.00%			
HABITOS TOXICOS DE LA MADRE	TABACO	13	8%	26	23.4%	39	100%	7.1	2	0.001
	ALCOHOL	25	16%	26	23.4%	51	100%			
	DROGAS	0	0%	2	1.8%	2	100%			

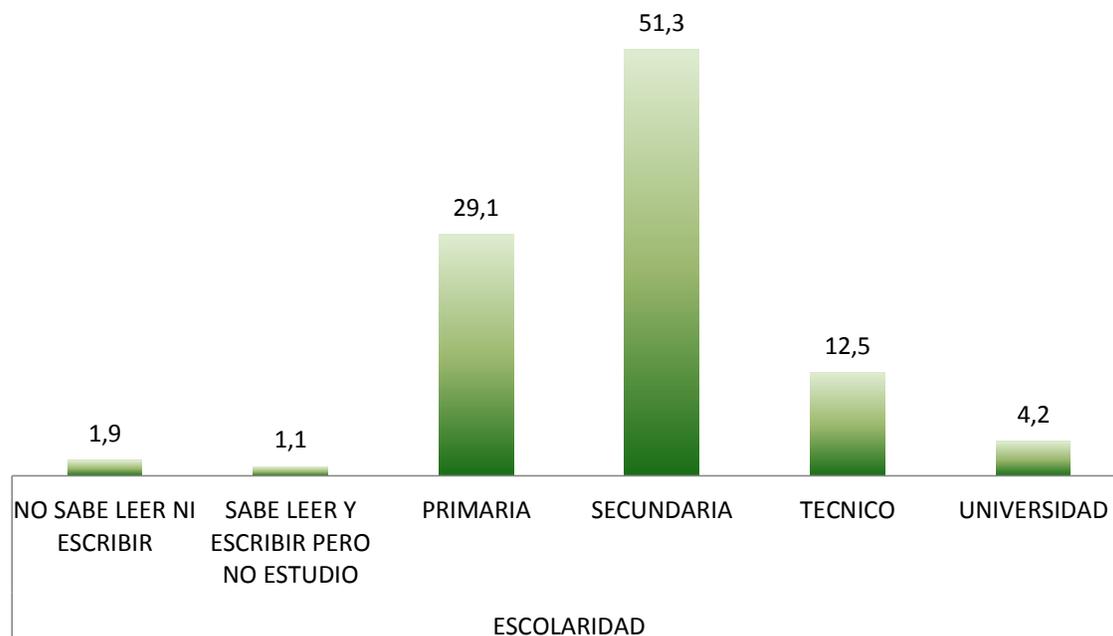
FUENTE: entrevista

CUADRO 9: Asociación entre la sensación de seguridad y la frecuencia de violencia contra la mujer en cualquier momento, pacientes embarazadas hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre - 31 diciembre 2014.

		VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO EN CUALQUIER MOMENTO				Total		CHI-CUADRADO
		NO		SI				VALOR DE P
		n	%	n	%	n	%	
SEGURIDAD	NO	6	3.9%	4	3.6%	10	3.8%	0.111
	SI	148	96.1%	107	96.4%	255	96.2%	
Total		154	100.0%	111	100.0%	265	100.0%	

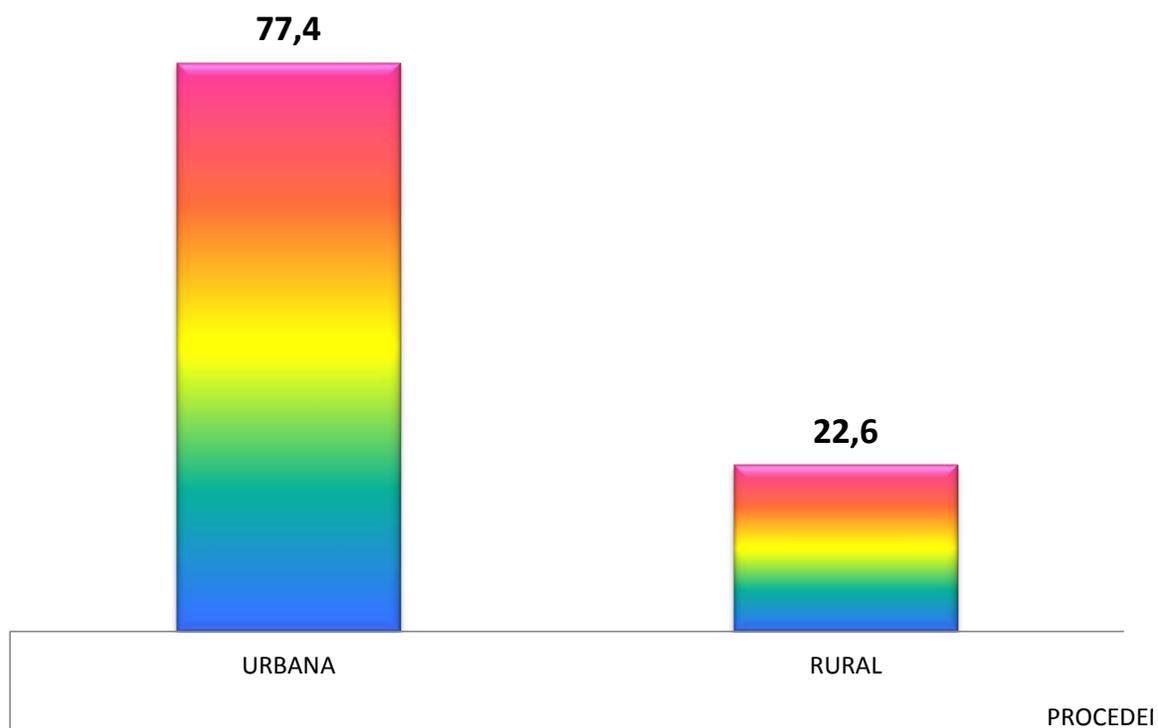
FUENTE: entrevista.

GRÁFICO 1: Escolaridad de las mujeres participantes en el estudio sobre violencia en el embarazo y su asociación con complicaciones materno- fetales, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1septiembre - 31 diciembre 2014.



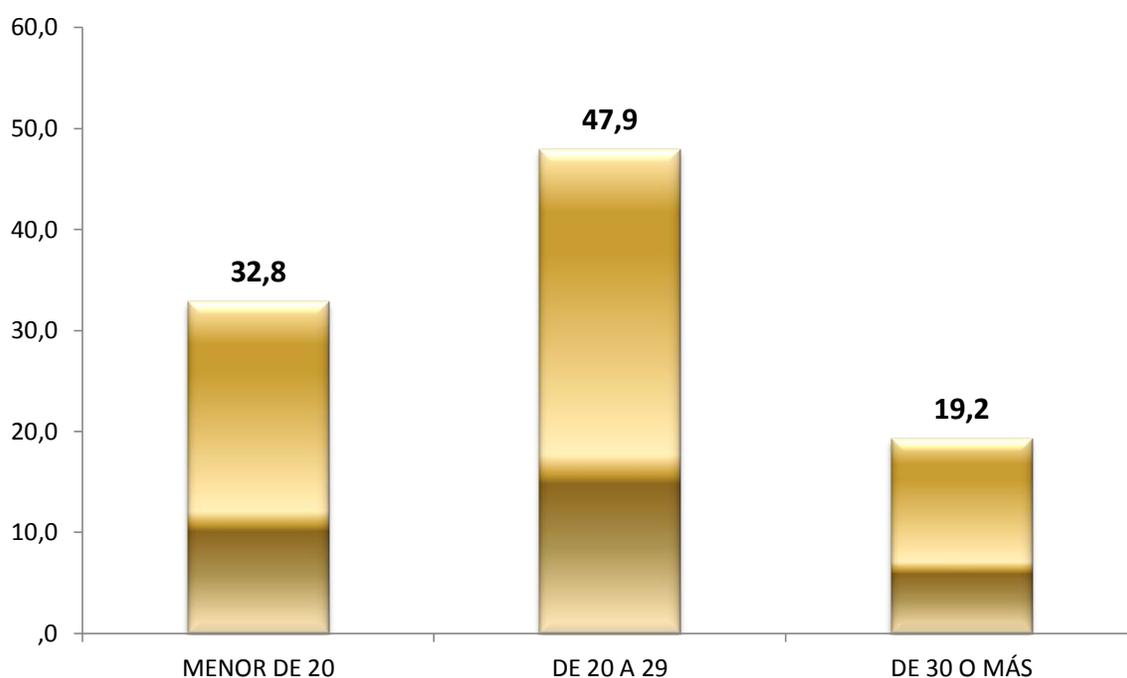
FUENTE: CUADRO 1

GRÁFICO 2: Procedencia de las mujeres participantes en el estudio sobre violencia en el embarazo y su asociación con complicaciones materno- fetales, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1 septiembre - 31 diciembre 2014.



FUENTE: CUADRO 1

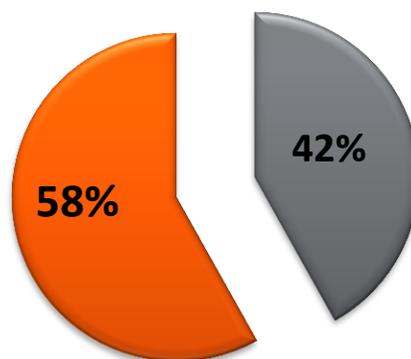
GRÁFICO 3: Edad de las mujeres participantes en el estudio sobre violencia en el embarazo y su asociación con complicaciones materno- fetales, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1septiembre - 31 diciembre 2014.



FUENTE: CUADRO 1

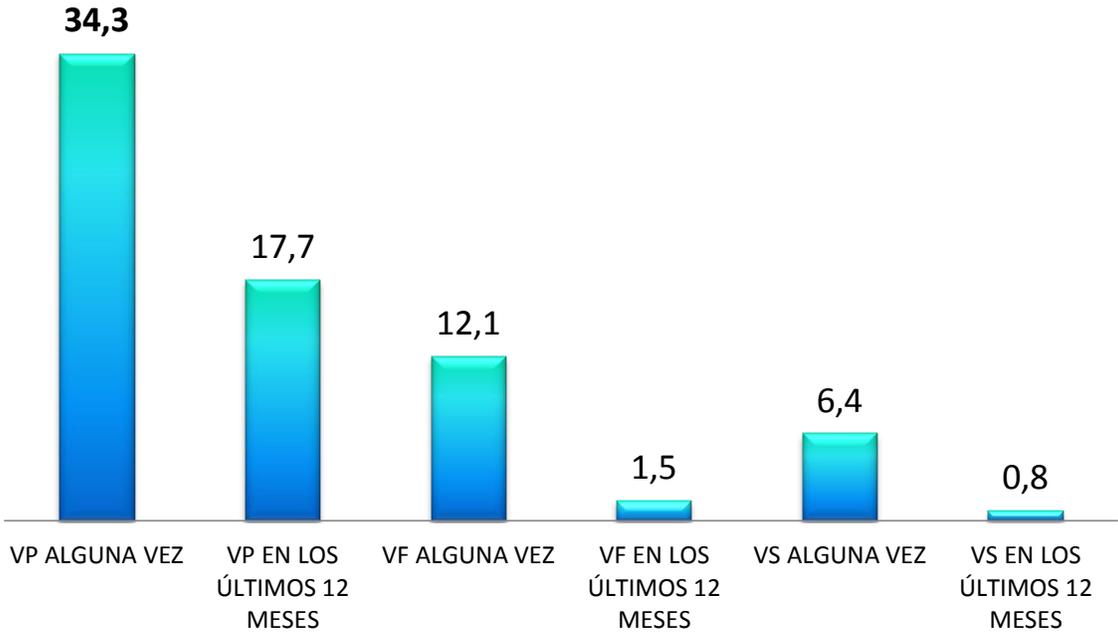
GRÁFICO 4: Frecuencia de violencia contra la mujer durante el embarazo y su asociación con complicaciones materno- fetales, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1septiembre - 31 diciembre 2014.

■ HAN SUFRIDO VIOLENCIA



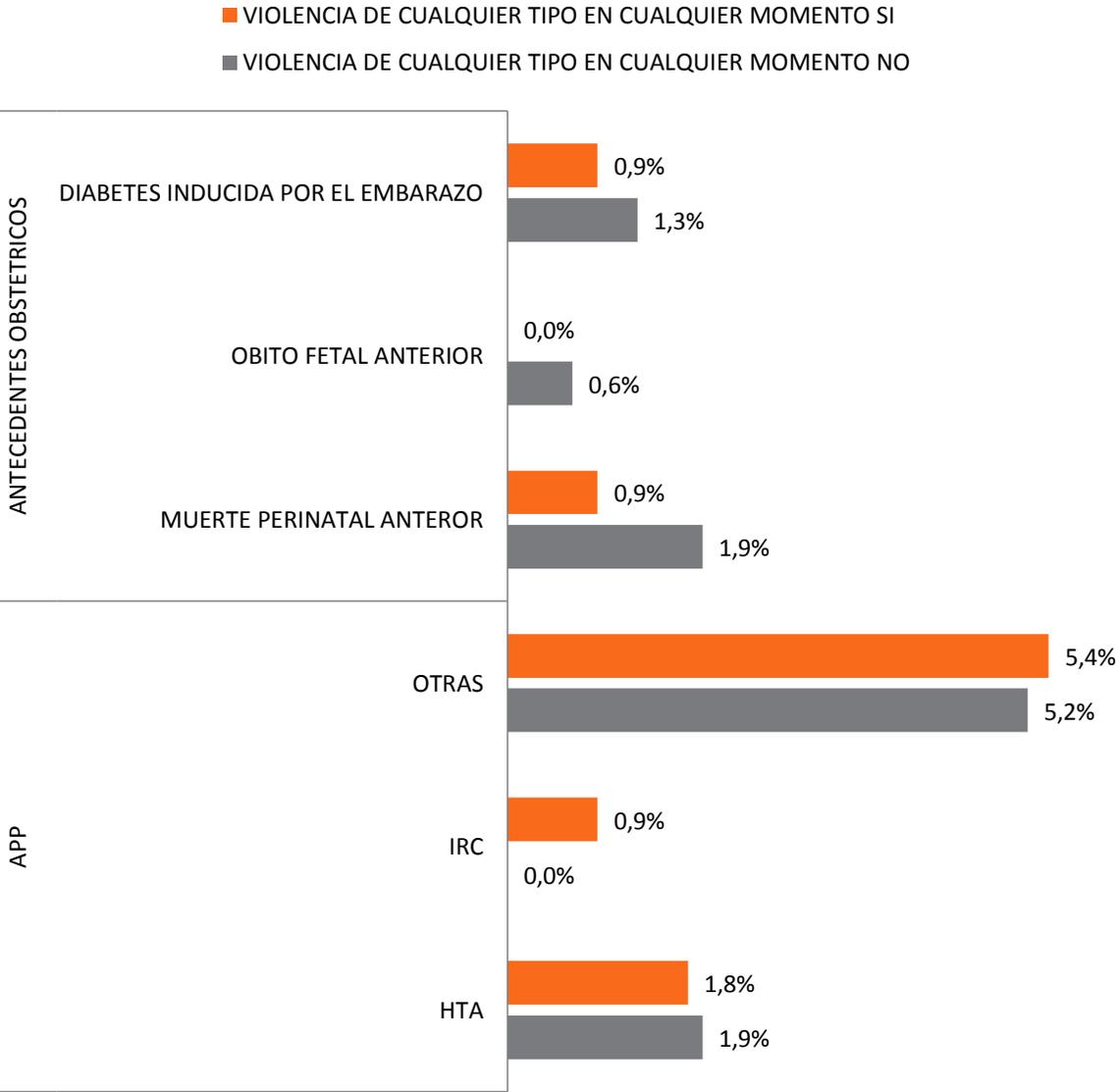
FUENTE: CUADRO 2

GRÁFICO 5: Frecuencia de violencia contra la mujer según subtipo, de las mujeres participantes en el estudio sobre violencia en el embarazo y su asociación con complicaciones materno- fetales, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1septiembre - 31 diciembre 2014.



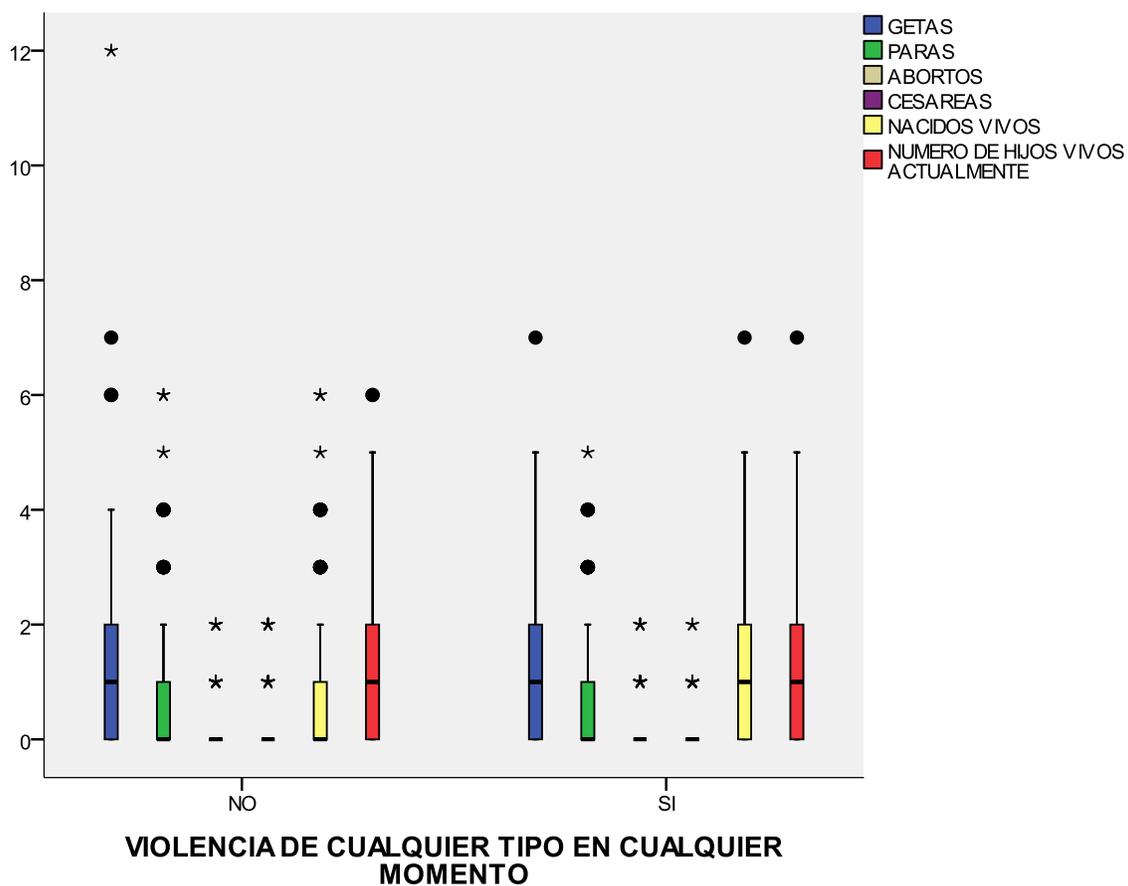
FUENTE: CUADRO 3

GRÁFICO 6: Asociación entre los antecedentes patológicos personales y Gineco-obstétricos y la frecuencia de violencia, mujeres participantes en el estudio sobre violencia en el embarazo y su asociación con complicaciones materno- fetales, pacientes ingresadas en el hospital Alemán Nicaragüense, 1 septiembre - 31 diciembre 2014.



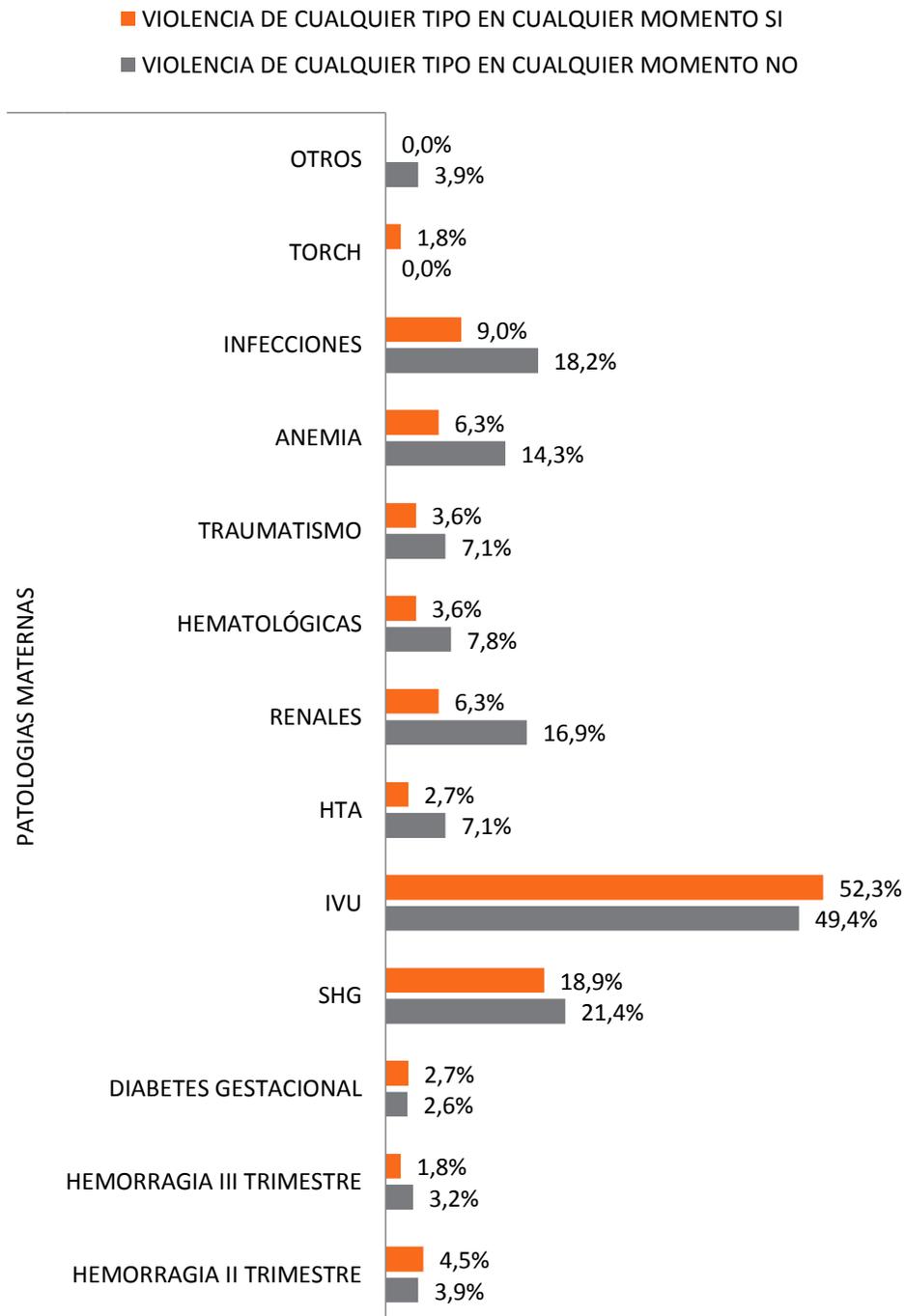
FUENTE: CUADRO 4

GRÁFICO 7: Asociación entre los antecedentes obstétricos y la frecuencia de violencia contra la mujer en una población de embarazadas hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre – 31 diciembre 2014.



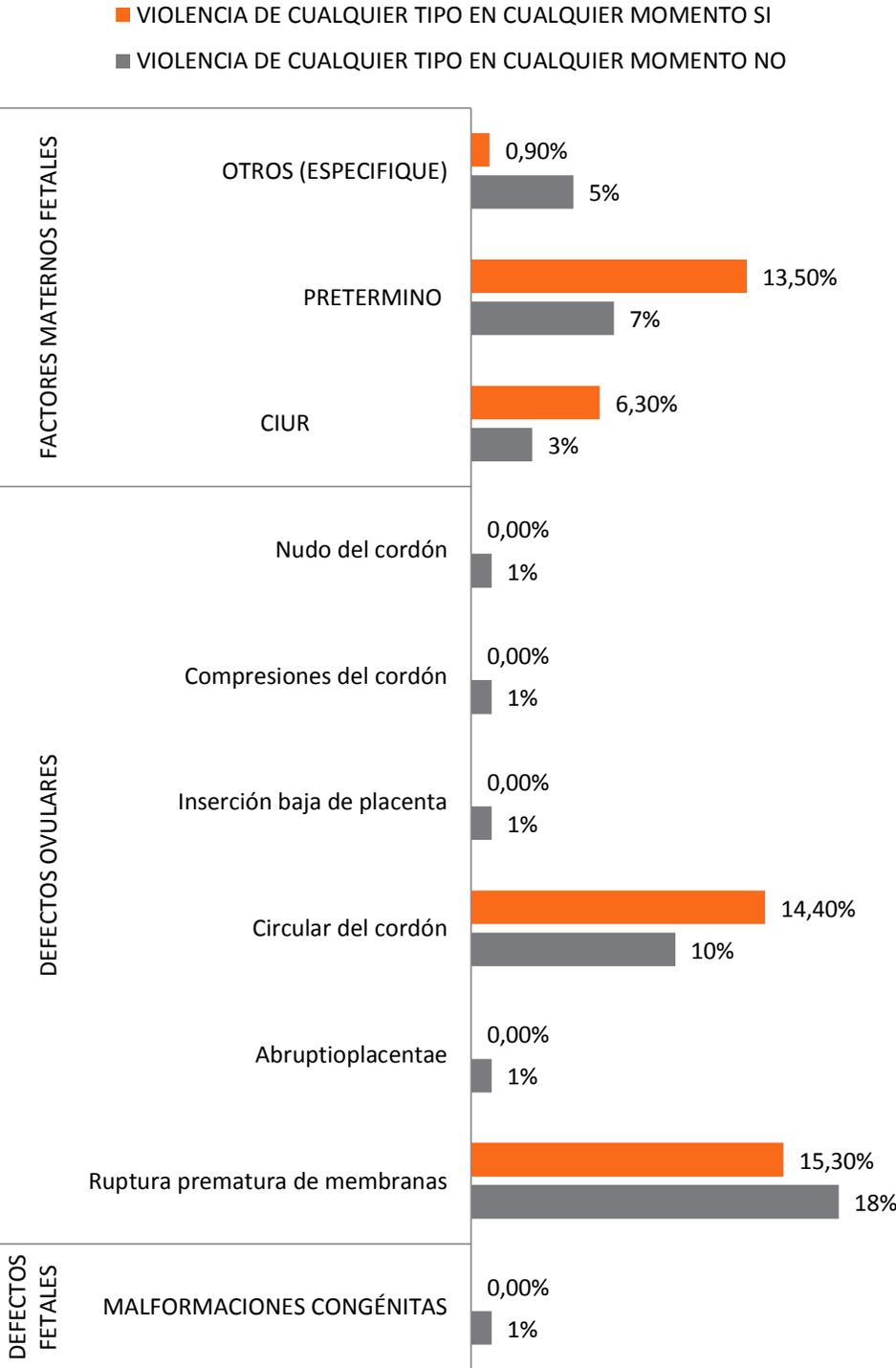
FUENTE: CUADRO 5

Gráfico 8: Asociación entre patologías maternas y la frecuencia de violencia contra la mujer en una población de embarazadas hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre – 31 diciembre 2014.



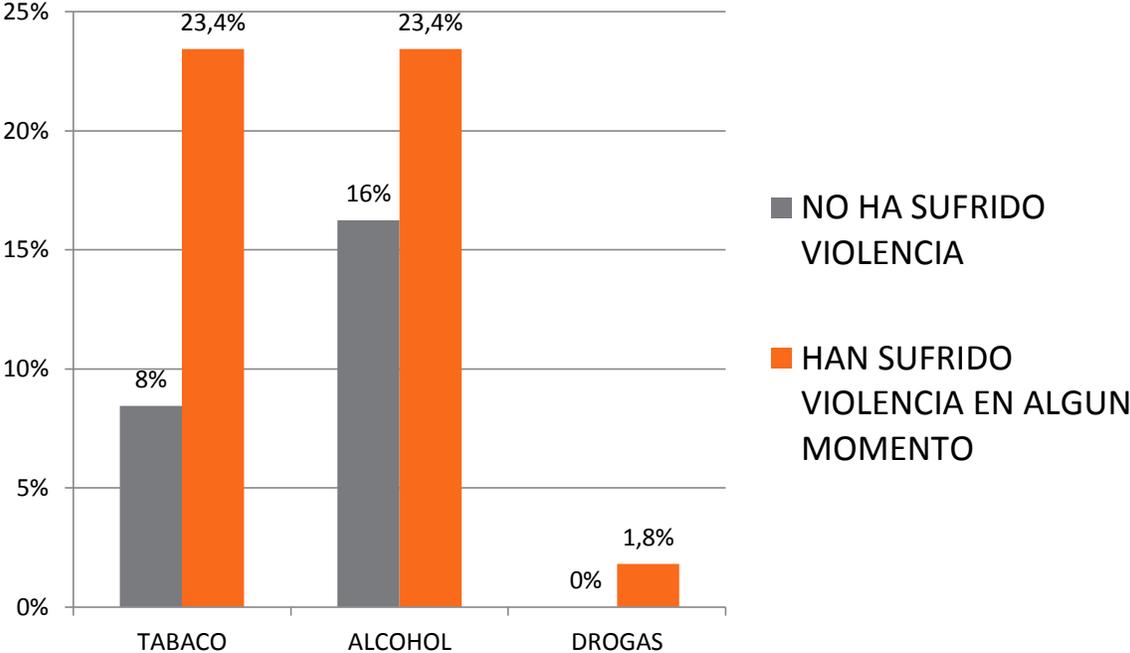
FUENTE: CUADRO 6.

GRÁFICO 9: Asociación entre defectos fetales, ovulares y factores materno-fetales y la frecuencia de violencia contra la mujer, en una población de embarazadas hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre – 31 diciembre 2014.



FUENTE: CUADRO 7

GRÁFICO 10: Asociación entre hábitos tóxicos personales y frecuencia de violencia contra la mujer en una población de embarazadas hospitalizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. 1 septiembre – 31 diciembre 2014.



FUENTE: CUADRO 8