

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible



Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina y Cirugía

Trabajo Monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y cirugía

Prevalencia de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales, en mujeres ingresada en el Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018

Autoras

Br. Sindy Junieth García Amador

Br. Mayra de Jesús Quezada Sandino

Tutor:

Dr. José Antonio Medrano
Ginecólogo y Obstetra MSSR

Managua, Nicaragua, 09 de octubre del 2020

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía en todos los momentos de mi vida, y me dio la voluntad, paciencia y sabiduría para culminar mi carrera.

A mi madre por su apoyo incondicional en la parte moral y económica durante todos mis estudios, y por ser fuente de motivación a seguir adelante con ejemplo de amor, que con sus palabras de aliento me enseñó a ser perseverante y cumpla con mis ideales.

A mi familia y amigos que sin esperar nada a cambio, estuvieron a mi lado apoyándome emocionalmente desde inicios de mi carrera.

A todos mis maestros por sus enseñanzas, su paciencia y compartir sus conocimientos me ayudaron a crecer como persona y profesional

(Sindy Junieth García Amador)

Primeramente a Dios, por estar en todos los momentos de mi vida, y en estos últimos seis años de estudios universitarios, me dio la sabiduría, el discernimiento y la perseverancia para poder culminar con mi carrera universitaria.

A mis padres por el apoyo incondicional, económico y moral durante todos estos años, por ayudarme a persistir en mi carrera con amor, enseñándome a ser perseverante con mis metas y propósitos, motivándome a ser mejor cada día con sus palabras.

A todos mis maestros, que a lo largo de estos años me brindaron sus conocimientos y que con su paciencia me ayudaron a crecer como profesional con sus enseñanzas y consejos

(Mayra de Jesús Quezada Sandino)

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios por ser siempre nuestro guía en todo momento de nuestras vidas, por regalarnos el don de la sabiduría y paciencia para poder culminar con nuestra carrera, por no dejarnos caer en el camino a pesar de las adversidades.

Gracias a nuestros padres que siempre nos apoyaron en todo momento y nos brindaron las palabras adecuadas para seguir con nuestro camino; porque nos llenaron de palabras de aliento y fueron nuestro sostén, tanto económico como sentimental, a lo largo de estos seis años de carrera.

Gracias a nuestro tutor Dr. José Medrano por la oportunidad que nos brindó de recurrir a su capacidad y conocimientos, así como la paciencia para guiarnos durante la elaboración de la presente tesis, ofreciéndonos sus enseñanzas como nuestro maestro y guía.

Nuestra gratitud, a la universidad (UNIDES), por habernos aceptado a ser parte de ella, y por abrirnos las puertas para poder estudiar nuestra carrera. También nuestro agradecimiento a todo el equipo docente y administrativo por brindarnos sus conocimientos y su apoyo, para seguir día a día con nuestros estudios.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios por ser siempre nuestro guía en todo momento de nuestras vidas, por regalarnos el don de la sabiduría y paciencia para poder culminar con nuestra carrera, por no dejarnos caer en el camino a pesar de las adversidades.

Gracias a nuestros padres que siempre nos apoyaron en todo momento y nos brindaron las palabras adecuadas para seguir con nuestro camino; porque nos llenaron de palabras de aliento y fueron nuestro sostén, tanto económico como sentimental, a lo largo de estos seis años de carrera.

Gracias a nuestro tutor Dr. José Medrano por la oportunidad que nos brindó de recurrir a su capacidad y conocimientos, así como la paciencia para guiarnos durante la elaboración de la presente tesis, ofreciéndonos sus enseñanzas como nuestro maestro y guía.

Nuestra gratitud, a la universidad (UNIDES), por habernos aceptado a ser parte de ella, y por abrirnos las puertas para poder estudiar nuestra carrera. También nuestro agradecimiento a todo el equipo docente y administrativo por brindarnos sus conocimientos y su apoyo, para seguir día a día con nuestros estudios.

CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Managua Nicaragua 10 de septiembre del 2020

CONSTANCIA

Por medio de la presente hago constar que he revisado el informe final de la tesis monográfica titulada “Prevalencia de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales, en mujeres ingresada en el Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018”, elaborada por las bachilleras Sindy Junieth García Amador y Mayra de Jesús Quezada Sandino, egresadas de la carrera de medicina de UNIDES.

La presente investigación permite al personal de salud acercarse hacia un problema silencioso llamado violencia intrafamiliar y violencia sexual, misma que afecta al núcleo familiar impactando en las generaciones futuras.

Considero que contiene los requisitos académicos y científicos y puede ser sometida a revisión ante el comité científico que designen las autoridades competentes de la Universidad, para su aprobación.

Dr. José Antonio Medrano M.

Ginecólogo y Obstetra MSSR.

Código: 7085

RESUMEN

Con el propósito de explorar la asociación entre la ocurrencia de violencia y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales, se llevó a cabo un estudio tipo observacional, transversal, descriptivo, en el cual se investigó a una muestra de 50 mujeres ingresadas en el Nuevo Hospital Monte España durante el periodo de estudio, en quien se realizó una entrevista cara a cara para detectar violencia (psicológica, física y sexual) y se revisó de forma simultánea en el expediente clínico la presencia de complicaciones materno-fetales. Se observó que las mujeres estudiadas se caracterizaron por ser mayor de 20 años, de procedencia urbana, con nivel de escolaridad secundaria, en convivencia con pareja estable actualmente. De forma global se evidencio que el 24% de las mujeres sufrió al menos un tipo de complicación, siendo las más frecuentes la amenaza de parto pretérmino y la Ruptura prematura de membrana. Respecto a la frecuencia y tipo de violencia el 20% reporta algún tipo de violencia perpetrada por la pareja intima durante el embarazo actual, con una prevalencia de violencia emocional del 20% y de violencia física del 8%.

Palabras claves: Violencia doméstica, complicaciones maternas fetales, Nicaragua, prevalencia.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR.....	IV
RESUMEN	V
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
2.1. ESTUDIO EN LATINO AMÉRICA	3
2.2. ESTUDIO EN NICARAGUA.....	5
III. JUSTIFICACIÓN	7
3.1. RELEVANCIA SOCIAL	7
3.2. RELEVANCIA TEÓRICA.....	7
3.3. RELEVANCIA CLÍNICA	7
3.4. RELEVANCIA METODOLÓGICA	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
4.1. CARACTERIZACIÓN	8
4.2. DELIMITACIÓN	8
4.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
4.4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:.....	9
V. OBJETIVOS	10
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
VI. MARCO TEÓRICO.....	11
6.1. DEFINICIONES RELEVANTES DE VIOLENCIA	11
<i>Tipos de violencia contra las mujeres</i>	<i>12</i>

6.2.	PREVALENCIA DE VPPI.....	14
6.3.	CONSECUENCIAS EN LA SALUD MATERNA.....	15
	<i>Cambios en el aumento de peso.....</i>	15
	<i>Complicaciones obstétricas.....</i>	16
	<i>Poca adherencia a los servicios de salud</i>	16
6.4.	REPERCUSIONES PERINATALES	16
	<i>Parto prematuro</i>	17
	<i>Bajo peso al nacer</i>	17
	<i>Pequeño para la edad gestacional y CIUR</i>	18
	<i>Muerte perinatal</i>	18
	<i>Etiopatogenia de los efectos perinatales.....</i>	18
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
7.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	25
7.2.	ÁREA Y PERÍODO DE ESTUDIO	25
7.3.	ENFOQUE DEL ESTUDIO.....	25
7.4.	UNIDAD DE ANÁLISIS.	25
7.5.	UNIVERSO Y MUESTRA	26
	7.5.1. <i>Universo.....</i>	26
	7.5.2. <i>Muestra.....</i>	26
7.6.	CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EXCLUSIÓN	27
7.6.	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN	27
	7.6.1. <i>Prueba piloto.....</i>	27
	7.6.2. <i>El instrumento</i>	28
7.7.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	28
	7.7.1. <i>Creación de base de datos</i>	28
	7.7.2. <i>Estadística descriptiva</i>	29
	7.7.3. <i>Estadística inferencial</i>	29
7.8.	ESTRATEGIAS PARA CONTROL DEL SESGO	29
7.9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
7.10.	VARIABLES	30

VIII. RESULTADOS.....	33
IX. DISCUSIÓN	35
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	35
COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO	36
FRECUENCIA DE VIOLENCIA EN LA MUJER EMBARAZADA	37
ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA Y LAS COMPLICACIONES.....	37
IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS DE NUESTRO ESTUDIO	39
X. CONCLUSIONES	40
XI. RECOMENDACIONES	41
RECOMENDACIONES PARA EL NUEVO HOSPITAL MONTE ESPAÑA	41
RECOMENDACIONES PARA EL MINISTERIO DE SALUD.....	41
RECOMENDACIONES PARA LA UNIVERSIDAD, COMUNIDAD ACADÉMICA Y CIENTÍFICA	42
XII. BIBLIOGRAFÍA	43
XIII. ANEXOS	47
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	48
INSTRUMENTOS.....	58
CUADROS	63

I. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer infligida por la pareja es un importante problema de salud pública en nuestra sociedad, que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Es un problema que no solo pone en peligro la salud, la dignidad y la supervivencia de la mujer y la de sus hijos e hijas, sino que también afecta a sus aspiraciones y a la capacidad de control sobre sus vidas, contribuyendo de manera importante a la morbilidad física y psicológica y a la mortalidad de las mujeres (Sugg, 2015).

La violencia de la pareja íntima adopta muchas formas, incluida la violencia física, la violencia sexual, el acecho y la agresión psicológica. De acuerdo a la Organización de Naciones Unidas (Asamblea General de Naciones Unidas, 1993), la violencia contra la mujer es definida como «cualquier acto de violencia basada en género que produce o puede producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada» (ONU, 1993)

A pesar de su relevancia, todavía se desconoce la verdadera prevalencia de violencia contra la mujer. Sin embargo, algunos estudios señalan que a nivel mundial casi el 40% de las mujeres son víctimas de violencia sexual a lo largo de su vida y el 20% son víctimas de violencia física por parte de su pareja íntima. Estimaciones sobre otras formas de violencia son dramáticamente subestimadas (WHO, 2013, 2018).

La violencia contra la mujer de parte de la pareja íntima (VPI) durante el embarazo es un problema grave de salud pública con importantes consecuencias negativas para la salud de mujeres y niños (Alhusen, Ray, Sharps, & Bullock, 2015; Chisholm, Bullock, & Ferguson II, 2017; Sugg, 2015). La mayoría de las investigaciones a nivel internacional han encontrado que entre el 3% y el 9% de las mujeres sufren abuso durante el embarazo (Chisholm et al., 2017). Sin embargo, se

cree que estas cifras son significativamente subestimadas debido a la dificultad de acceso a la información relacionada con la temática.

Los efectos adversos para la salud asociados a violencia contra la mujer por parte de la pareja íntima se amplifican durante el embarazo, con un mayor riesgo de resultados adversos perinatales como parto prematuro, bajo peso al nacer y pequeño para la edad gestacional, entre muchos otros (Halim et al., 2018; Hill, Pallitto, McCleary-Sills, & Garcia-Moreno, 2016; Laelago, Belachew, & Tamrat, 2017).

En Nicaragua, los datos más recientes 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 violencias sexuales por parte de alguna pareja o ex-pareja. Estos datos reflejan que la violencia contra la mujer en Nicaragua es un problema serio, y que sus consecuencias en la salud de las mujeres deben ser investigadas (INIDE, 2013).

A pesar de esto en Nicaragua la información es muy limitada respecto a los efectos adversos maternos y fetales asociados a la violencia durante el embarazo. Y La situación es peor en referencia a la investigación de esta problemática a niveles de los hospitales públicos y privados de nuestro país.

En este contexto el propósito del presente estudio fue explorar la asociación entre la ocurrencia de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales, en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre a noviembre 2018

II. ANTECEDENTES

2.1. Estudio en Latino América

Hernández y colaboradores en el 2014 publicaron un estudio realizado en Cajamarca Perú, cuyo propósito fue determinar los factores desencadenantes de la violencia contra la mujer embarazada. Los autores realizaron un estudio de tipo descriptivo y diseño transversal. La población muestral lo conformaron 80 mujeres embarazadas, atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital General de Jaén, a quienes se les aplicó una guía de entrevista estructurada. Se concluyó que el tipo de violencia que predominó fue la violencia psicológica (la pareja le prohíbe que trabaje; le hace sentir que ella tiene problemas mentales), seguido de violencia física (golpear con objetos y con la palma de la mano) y violencia sexual (negar la necesidad sexo afectiva). Los factores de la violencia contra la mujer embarazada atendida en el servicio de obstetricia del Hospital General de Jaén son: edad de 20-29 años, grado de instrucción primaria completa, ocupación amas de casa, prohibir a la pareja que trabaje; el haber recibido golpes físicos en la familia de origen. (Hernández Calle, 2017)

Mori Rojas y colaboradores en el 2017 publico una investigación realizada en Loreto en Perú, que tuvo por objetivo determinar la relación entre la violencia intrafamiliar con las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2016. El estudio fue de tipo no experimental; de diseño descriptivo correlacional retrospectivo. En total se estudiaron a 67 mujeres. Entre las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes con violencia intrafamiliar fueron: el 76,1% tuvieron entre 15 a 19 años; el 43,4% procedían de la zona urbana marginal, el 55,2% fueron convivientes; el 52,2% tenían estudios primarios; el 62,7% tuvieron gestación pretérmina y solo el 57,0% tuvieron una adecuada atención prenatal. Entre los tipos de violencia familiar en adolescente se encontró que el 34.4% tuvieron violencia psicológica; el 31,3% tuvieron violencia física; el 17,9% tuvieron violencia sexual.

Las principales complicaciones maternas fueron: anemia (40,3%), parto complicado (28,4%), Parto pretérmino (26,9%), Hipertensión gestacional (17,9%). Conclusión Las relaciones entre las gestantes adolescentes con violencia Intrafamiliar con sus características sociodemográficas, obstétricas y complicaciones maternas de las mismas no presentaron ninguna relación significativa; edad ($p = 0.836$), procedencia ($p = 0.198$), estado civil ($p = 0.511$), grado de instrucción ($p = 0.188$), edad gestacional ($p = 0.538$), complicación materna ($p = 0.520$). (Mori Rojas, 2018)

Centeno y colaboradores publicaron en el 2019 un estudio realizado en el municipio de Puno en Perú, que tuvo por objetivo determinar la relación entre violencia de género y las complicaciones ocurridas durante el embarazo, en gestantes atendidas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el 2017. Para tal efecto se realizó una investigación de tipo transversal de nivel correlacional. Los autores observaron que la violencia física tiene un alto nivel de relación de influencia en un 73%, donde el 48% sufren ocasionalmente de violencia física, seguido de un 27% sufren frecuentemente y otro 16% sufren raramente de violencia física, de los que ocasionalmente sufren de violencia física el 25% sufrió amenaza de parto pretérmino y un 12% sufrió parto prematuro; la violencia psicológica y/o verbal tiene un alto nivel de relación de influencia en un 73%, donde observamos que el 48% sufren ocasionalmente de violencia psicológica y/o verbal, seguido de un 27% lo sufren frecuentemente y otros 16% sufren raramente de violencia psicológica y/o verbal, de los que ocasionalmente sufren de violencia psicológica y/o verbal el 25% sufrió amenaza de parto pre término y un 12% sufrió parto prematuro; en la violencia de género podemos contemplar la violencia sexual como el nivel bajo con relación a la influencia de un 12.62%, donde observamos que el 44% no sufren violencia sexual, seguido de un 30% sufren raramente de violencia sexual, donde el 26% sufren ocasionalmente de violencia sexual, el 19% sufrió amenaza de parto pre término, y el 11% sufrió parto prematuro. (Centeno Quispe & Sahuaraura Patiño, 2019)

Correa López y colaboradores publicaron en el 2019 una investigación realizada en Lima Perú donde analizaron la relación entre la violencia durante el

embarazo y las complicaciones maternas, en puérperas atendidas en el Hospital Vitarte de Lima Metropolitana en Perú: Los autores llevaron a cabo un estudio analítico de casos y controles con una muestra total de 120 puérperas, distribuidas en 60 casos (mujeres que presentaron complicaciones maternas durante el embarazo) y 60 controles (mujeres que no presentaron complicaciones maternas durante el embarazo, reportando que el 73.3% de las mujeres que presentaron complicaciones maternas sufrieron algún tipo de violencia durante el embarazo. Existe dos veces más probabilidad de presentar complicaciones maternas, si la madre ha sufrido algún tipo de violencia durante el embarazo (OR: 2.41 IC95% 1.12–5.17; $p=0.02$). Los tipos de violencia asociados significativamente con las complicaciones maternas fueron: Violencia física (OR: 2.5; IC95%: 1.05-5.94; $p=0.035$), y violencia psicológica (OR: 2.49; IC95%: 1.18-5.28; $p=0.01$), mientras que para la violencia sexual no se encontró una asociación significativa (OR: 1.94; IC95%: 0.61-6.18; $p=0.255$). (Correa-Lopez, 2019)

2.2. Estudio en Nicaragua

Somarriba y Rivera en el 2014 publicaron una investigación realizada en el Hospital Bertha Calderón Roque de la Ciudad de Managua, como parte de los resultados de una tesis monográfica cuyo propósito fue analizar la relación que existe entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones obstétricas más frecuentes en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo abril 2013 – abril 2014. Para ello llevaron a cabo un estudio caso control, en el que se estudiaron un total de 12 casos y 12 controles de mujeres embarazadas que sufrieron violencia intrafamiliar. Se concluyó que existe una relación directa entre violencia intrafamiliar durante el embarazo y la ocurrencia de APP. La violencia intrafamiliar incremento el riesgo en 2.7 veces de padecer esta condición durante el embarazo. Se identificó en este estudio que de los casos, la APP, fue la complicación más frecuente seguida de Infecciones del tracto reproductor femenino y la amenaza de aborto, posteriormente el aborto

incompleto y por último el Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, al igual que las fracturas maternas. De las características de violencia, durante el embarazo se encontró la violencia física es la que predominó, de esta última la mayoría de agresiones fueron dirigidas hacia el abdomen, seguido de tórax y región lumbar, siendo el conyugue en la mayoría de las veces el que ejecuto la violencia. (Somarriba Grádiz & Rivera Reyes, 2014)

Sevilla Gutiérrez publicó en el 2015 un estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense de Managua, como parte de los resultados de una monografía cuyo objetivo fue 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 parto 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. (Sevilla Gutiérrez, 2015)

III. JUSTIFICACIÓN

3.1. Relevancia social

La violencia contra la mujer, cometida por una pareja íntima, es un importante problema de salud pública y derechos humanos. En años recientes, La atención se ha centrado también en la violencia infligida por la pareja durante embarazo debido a su prevalencia, consecuencias adversas para la salud y necesidad urgente de intervención.

3.2. Relevancia teórica

A pesar de la creciente investigación sobre la prevalencia y los efectos en la salud de la VPI durante el embarazo en numerosos países de todo el mundo, todavía existen abundantes lagunas en el conocimiento, especialmente en países de ingresos bajos y medios, incluidas Nicaragua.

3.3. Relevancia clínica

La violencia infligida por la pareja durante el embarazo se ha identificado entre las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal tanto en países en vía de desarrollo como en países desarrollados.

3.4. Relevancia metodológica

La violencia infligida por la pareja es un tema culturalmente sensible en esta parte del mundo y las víctimas temen las represalias, por lo que algunas pueden acumular información importante sin darse cuenta o bien no revelarla por miedo. Por lo tanto, se requiere de estudios que desde su diseño y recolección de la información, disipen los temores de las participantes y aseguren la confidencialidad de cualquier información divulgada a los investigadores.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Caracterización

La violencia de pareja íntima (VPI) es un problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en todo el mundo y puede ocurrir tanto durante el embarazo como durante el período perinatal. La violencia de pareja íntima (VPI) durante el embarazo no solo afecta la salud reproductiva de la mujer, sino que también impone resultados de salud adversos, fatales y no fatales en el feto en crecimiento debido al trauma directo del abuso en el cuerpo de la mujer embarazada, así como a los efectos fisiológicos del estrés del abuso actual o pasado sobre el crecimiento y desarrollo fetal. Dada la magnitud y gravedad del problema, existe una gran necesidad de generar información basada en evidencias para responder adecuadamente al problema.

4.2. Delimitación

En Nicaragua la violencia contra la mujer es un problema de proporciones dramáticas sin embargo es poca la evidencia disponible sobre el impacto de dicha violencia sobre su salud. La situación es incluso es más grave respecto a la falta de información sobre el impacto de la violencia durante el embarazo y los efectos sobre la salud de la madre, el feto y el recién nacido.

4.3. Formulación del problema

Ante lo expuesto anteriormente nos planteamos la siguiente pregunta o problema de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales, en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018?

4.4. Preguntas de Investigación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, antecedentes patológicos y ginecoobstétricos de las pacientes en estudio?
2. ¿Cuál es la frecuencia y tipo de complicaciones materno fetales en las mujeres estudiadas.
3. ¿Cuál es la frecuencia y tipo de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima, durante el embarazo, en las pacientes en estudio?
4. ¿Cuál es la asociación entre la ocurrencia de violencia durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales en las pacientes en estudio?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales, en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018.

5.2. Objetivos específicos

1. Conocer las características sociodemográficas, antecedentes ginecoobstétricos y patológicos, de las pacientes en estudio.
2. Establecer la frecuencia y tipo de complicaciones materno fetales en las mujeres estudiadas.
3. Describir la frecuencia y tipo de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima, durante el embarazo, en las pacientes en estudio.
4. Explorar la asociación entre la ocurrencia de violencia durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales, en las pacientes en estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Definiciones relevantes de violencia

La violencia hacia las mujeres es un problema poco reconocido por los diferentes sectores vinculados con la salud humana los de la salud, educación y trabajo, entre otros e insuficientemente valorado como una prioridad de la salud pública a pesar de que es una causa importante y frecuente de morbilidad y mortalidad femeninas y de que puede representar la pérdida de uno de cada cinco días de vida saludable entre mujeres en edad reproductiva. (Chisholm et al., 2017; Udmuangpia, Yu, Laughon, Saywat, & Bloom, 2020)

Este tipo de violencia se caracteriza por un patrón de conducta coercitiva hacia las mujeres que abarca el abuso físico (golpes, quemaduras, mordeduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso psicológico y emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono, negligencia) y el abuso sexual, el cual consiste en forzar física o psicológicamente a la mujer a la relación sexual o a una conducta sexual de determinado tipo. (Chisholm et al., 2017; Udmuangpia et al., 2020)

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; La violencia contra la mujer es un fenómeno complejo de la sociedad, conocido desde hace siglos, pero con características especiales en la etapa actual, puesto que puede envolver a cualquier grupo socioeconómico en mayor o menor intensidad, y resultan las familias más pobres las más afectadas. (Chisholm et al., 2017; Udmuangpia et al., 2020)

Recordando la definición anterior, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer define qué 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. (Sanz-Barbero, Rey, & Otero-García, 2014)

La Declaración menciona y da a conocer que la violencia de género: abarca los siguientes tipos de violencia, 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. (Sanz-Barbero et al., 2014)

Tipos de violencia contra las mujeres

Violencia física:

Se expresa cotidianamente en el ámbito familiar, como consecuencia de una dinámica de poderes donde histórica y culturalmente la mujer se sitúa en un plano inferior al hombre. Puede ser percibida objetivamente por otros, que más habitualmente deja huellas externas. Es la más visible, y por tanto facilita la toma de conciencia de la víctima, pero también ha supuesto que sea la más comúnmente reconocida social y jurídicamente, en relación fundamentalmente con la violencia

psicológica 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. (Heiskanen et al., 2017; Organization, 2012, 2013)

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, chantajes. 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. (Heiskanen et al., 2017; Organization, 2012, 2013)

Violencia sexual:

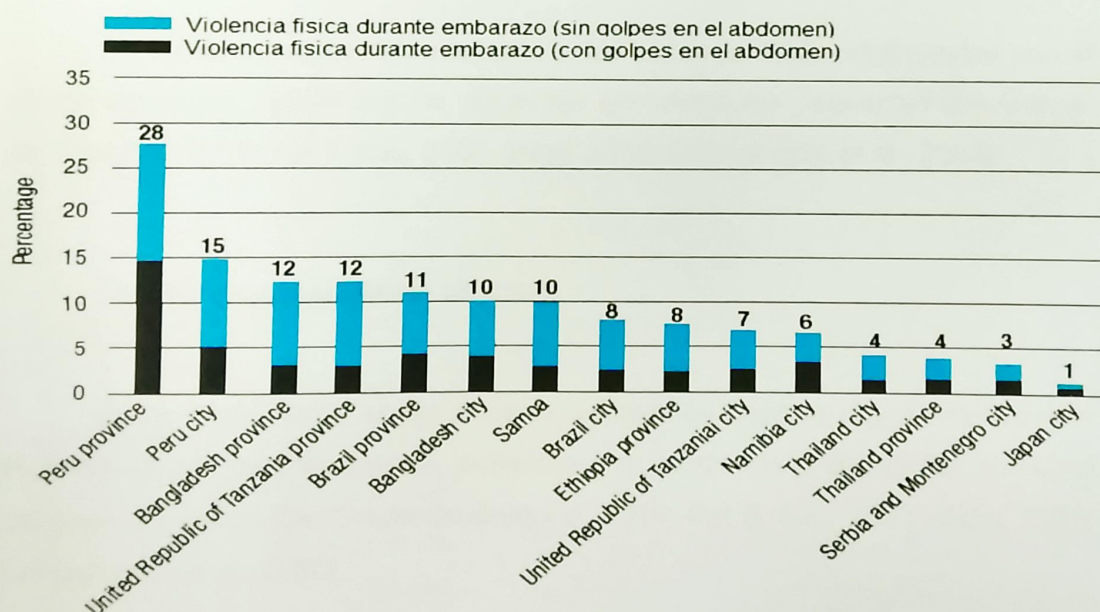
Este es el tipo de violencia sobre el que les cuesta más trabajo hablar a las mujeres e incluye cualquier tipo de sexo forzado o degradación sexual, como (Heiskanen et al., 2017; Organization, 2012, 2013):

- Intentar que la mujer efectúe relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad;
- Llevar a cabo actos sexuales cuando la mujer no está en sus cinco sentidos, o tiene miedo de negarse;
- Lastimarla físicamente durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso intravaginal, oral o anal de objetos o armas;

- Forzarla a tener relaciones sexuales sin protección contra embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual;
- Criticarla e insultarla con nombres sexualmente degradantes;
- Acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas;
- Obligarla a ver películas o revistas pornográficas;
- Forzarla a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra mujer.

6.2. Prevalencia de VPPI

El estudio multinacional de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer, que consta de encuestas poblacionales realizadas en varios países utilizando los mismos métodos y definiciones, encontró que la prevalencia de la violencia física infligida por la pareja durante el embarazo varía entre 1% en la ciudad de Japón al 28% en la provincia de Perú, con la mayoría de los sitios entre 4% y 12% (Chisholm et al., 2017; García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2005).



Fuente: Estudio de la OMS en varios países sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer (García-Moreno et al., 2005).

Estos son apoyados por un análisis de las Encuestas Demográficas y de Salud y la Encuesta Internacional de Violencia contra la Mujer, que encontró tasas de prevalencia de violencia infligida por la pareja durante el embarazo entre el 2% en Australia, Dinamarca, Camboya y Filipinas y el 13,5% en Uganda, con la mayoría oscilando entre el 4% y el 9% (Devries et al., 2010). Los estudios clínicos en todo el mundo, que tienden a producir tasas de prevalencia más altas pero que a menudo son las únicas fuentes de información disponibles, encontraron la prevalencia más alta en Egipto con un 32%, seguido de India (28%), Arabia Saudita (21%) y México (11%) (Campbell, Garcia-Moreno, & Sharps, 2004).

Una revisión reciente de estudios clínicos de África informa tasas de prevalencia del 23% al 40% para la violencia física, del 3% al 27% para la violencia sexual y del 25% al 49% para la violencia emocional de la pareja durante el embarazo (Shamu, Abrahams, Temmerman, Musekiwa, & Zarowsky, 2011).

6.3. Consecuencias en la salud materna

La evidencia disponible respecto a las consecuencias relacionadas con el embarazo actual, señala que los siguientes elementos son relevantes (De-Gracia-de-Gregorio, 2019; Pal & Rao, 2020; Sugg, 2015; Udmuangpia et al., 2020):

Cambios en el aumento de peso.

En su mayor parte, en las mujeres víctimas se observa una disminución de la ganancia de peso durante el embarazo y la tendencia a desarrollar obesidad después del parto. (De-Gracia-de-Gregorio, 2019; Pal & Rao, 2020; Sugg, 2015; Udmuangpia et al., 2020)

Complicaciones obstétricas

Se identificó sangrado genital, ruptura prematura de membranas (RPM), falso trabajo de parto, disminución de los movimientos del feto, parto prematuro, hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, anemia, infección urinaria, dolores (dolor abdominal, dolor de espalda, dolor de cabeza) y vómitos. También se han encontrado otras enfermedades no específicas. (De-Gracia-de-Gregorio, 2019; Pal & Rao, 2020; Sugg, 2015; Udmuangpia et al., 2020)

Poca adherencia a los servicios de salud

La violencia física infligida por la pareja durante el embarazo puede ser un factor de riesgo, ya que puede conducir a la poca adherencia a los servicios de salud para la vigilancia del embarazo y por lo tanto aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo. (De-Gracia-de-Gregorio, 2019; Pal & Rao, 2020; Sugg, 2015; Udmuangpia et al., 2020)

Estos datos, junto con la falta de una planificación adecuada de embarazos, dejan abierta la posibilidad que en el período preconcepcional, se combinen condiciones adversas para el desarrollo embrionario sano.

6.4. Repercusiones perinatales

La evidencia científica ha estudiado los efectos de la violencia de género sobre cuatro variables: parto prematuro (PP), bajo peso al nacer (BPN), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y pequeño para la edad gestacional (PEG). (De-Gracia-de-Gregorio, 2019; Pal & Rao, 2020; Sugg, 2015; Udmuangpia et al., 2020)

Parto prematuro

El nacimiento prematuro es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, contadas desde el primer día de la última menstruación (Chen et al., 2017).

En la revisión de Donovan et al. (2016), treinta estudios informaron sobre la asociación entre PP y violencia de género, mostrando que existe casi el doble de probabilidades de que se produzca un nacimiento prematuro entre aquellas mujeres víctimas de violencia durante el embarazo, en comparación con aquellas mujeres que no estuvieron expuestas a dicha violencia. Todos los estudios revisados han mostrado asociación estadísticamente significativa entre violencia de género y riesgo de parto prematuro, a excepción del estudio de Laelago et al. (2017).

Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer se define como aquel peso que está por debajo de un límite definido en cualquier edad gestacional (Ferdos et al., 2017). En el estudio de Chen et al. (2017), una quinta parte de las víctimas tuvieron bebés con bajo peso al nacer. Asimismo, en el estudio de Ferdos et al. (2017), uno de cada tres bebés nació con bajo peso al nacer. El riesgo de tener un hijo con bajo peso era aún mayor cuando una mujer experimentaba maltrato físico y sexual (cuatro veces más que una mujer que no sufría ningún tipo de maltrato). Además, hay una relación dosis-respuesta: cuanto mayor es la frecuencia de la violencia durante el embarazo, mayores son las probabilidades de parto prematuro y de bajo peso al nacer (Hill et al., 2016).

Pequeño para la edad gestacional y CIUR

Pequeño para la edad gestacional se define como aquel peso que está por debajo del percentil 10 para la edad gestacional. Muchos de estos bebés están afectados por la llamada «restricción del crecimiento intrauterino», que ocurre cuando el feto no recibe Musas, vol. 4, núm. 1 (2019): 3 - 21. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num1.1 16 los nutrientes y el oxígeno necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuados de los órganos y tejidos (Hill et al., 2016). Mientras que las variables de parto prematuro y bajo peso al nacer han mostrado relación significativa en la mayoría de los estudios, no sucede así para las variables de pequeño para la edad gestacional y de restricción del crecimiento intrauterino. Estas dos variables solo han sido revisadas en dos estudios, y ninguno de los dos han obtenido una asociación estadísticamente significativa (Donovan et al., 2016; Hill et al., 2016).

Muerte perinatal

Un estudio realizado en Brasil con 420 mujeres (13,1 % fueron víctimas de la violencia por su pareja el año pasado antes del embarazo y 7,4 % durante el embarazo) identificó una alta frecuencia de muerte neonatal entre las víctimas de la violencia. (Menezes, Amorim, Santos, & Faúndes, 2013)

Etiopatogenia de los efectos perinatales

La relación entre violencia de género durante el embarazo y sus resultados perinatales adversos tienen dos posibles vías etiológicas:

- Vía directa: sufrir una agresión física en el abdomen o bien una agresión sexual durante el embarazo se ha asociado con daño placentario,

contracciones uterinas, rotura de membranas e infecciones genitourinarias. Esto puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte fetal (Ferdos et al., 2017; Laelago et al., 2017; Alhusen et al., 2015)

- Vía indirecta: el estrés materno sufrido durante el maltrato puede activar el eje neuroendocrino, causando la liberación de cortisol y catecolaminas. Esto provoca la vasoconstricción en los vasos placentarios, lo que conduce a la hipoxia fetal y al trabajo de parto prematuro. Además, puede agravar problemas crónicos de salud (como diabetes, hipertensión, asma) en las que las mujeres embarazadas podrían estar en un nivel de riesgo más elevado. También puede aumentar conductas de riesgo no saludables en la mujer (como consumo de tabaco y alcohol) (Ferdos et al., 2017; Laelago et al., 2017; Alhusen et al., 2015).

Evidencia de las repercusiones perinatales tras Violencia de género en la mujer Embarazada

Autoría y año	Tipo de diseño	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Chen et al. (2017)	Estudio cohorte retrospectivo	Examinar el papel de la violencia de género en el embarazo y su asociación con resultados adversos en el nacimiento.	Hay una asociación positiva entre violencia de género en el embarazo y pobres resultados de nacimiento. En la población estudiada, una quinta parte de las víctimas tuvieron partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. Casi una cuarta parte de los bebés de las víctimas recibieron cuidados intensivos neonatales. Las tres medidas de resultado analizadas están clínicamente relacionadas.	Se necesitan más estrategias de educación y promoción de la salud que lleguen a todas las mujeres embarazadas. Las barreras en los sistemas sanitarios son: falta de protocolos, tiempo limitado, falta de recursos. Se necesita más investigación para desarrollar una intervención para mujeres víctimas de violencia de género.
Chisholm, Bullock y Ferguson (2017)	Estudio de revisión	No descrito	La violencia de género se ha asociado con resultados adversos del embarazo como son el nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y pequeño para la edad gestacional. Además, estos recién nacidos están en mayor riesgo de desarrollar problemas del comportamiento. Los niños expuestos a violencia de género tienen un mayor riesgo de daño fisiológico, social y problemas emocionales y de comportamiento, incluidos los trastornos del estado de ánimo,	La estrategia ideal sería la prevención primaria. En relación a la violencia de género, se trataría de intervenir antes de que aparezca la violencia. No obstante, se destina menos del 10 % de recursos a la prevención primaria. Para que ésta tenga éxito, se debe atacar la raíz de la violencia de género: la desigualdad sexual.

Ferdos et al. (2017)	Estudio descriptivo	Examinar la relación entre la experiencia de violencia de género materna y el bajo peso al nacer.	Una de cada tres bebés nació con bajo peso. El riesgo de producir un hijo con bajo peso era aún mayor cuando una mujer experimentaba maltrato físico y sexual (cuatro veces mayor que en una mujer que no sufría ningún tipo de maltrato).	ansiedad, trastorno de estrés posttraumático, abuso de sustancias y problemas escolares.	Este estudio insta al gobierno a formular políticas y aplicarlas adecuadamente para evitar que las mujeres sean maltratadas por sus parejas, para garantizar su salud y la de sus hijos e hijas. Se requiere, además, un examen adecuado de detección de violencia de género para proporcionar asesoramiento y apoyo social a las mujeres. En este sentido, los servicios de ginecología y obstetricia pueden ser puntos clave de intervención para la violencia de género.
Ferraro et al. (2017)	Estudio cohorte	Determinar si existe una asociación mensurable entre violencia doméstica y trastornos mentales, así como con los resultados en el nacimiento (estado nutricional del bebé y parto prematuro).	La violencia de género y los trastornos mentales estuvieron altamente correlacionados en la muestra de este estudio. La combinación entre ansiedad y violencia sexual se asoció con la duración del embarazo.	La violencia de género y los trastornos mentales estuvieron altamente correlacionados en la muestra de este estudio. La combinación entre ansiedad y violencia sexual se asoció con la duración del embarazo.	A partir de este estudio, se puede concluir que la violencia física y sexual, junto con el trastorno de ansiedad, tienen un efecto negativo sobre las variables de nacimiento (peso al nacer, longitud y pequeño para la edad gestacional). La violencia doméstica tiene un efecto perjudicial sobre los resultados del nacimiento y es extremadamente prevalente en áreas urbanas con pocos recursos.
Laelago et al. (2017)	Estudio transversal	Examinar la asociación entre violencia de género y bajo peso al nacer del bebé.	Hay una asociación entre violencia de género y bajo peso al nacer del bebé.	Hay dos posibles orígenes en estos	La violencia de género se asocia con un bajo peso al nacer del bebé. Hay dos posibles orígenes en estos

		durante el embarazo y resultados adversos en el nacimiento.	La violencia de género no se asoció con muerte fetal, nacimiento prematuro y puntuación Apgar menor a 7 a los 5 minutos de nacimiento.	efectos adversos: <ul style="list-style-type: none"> Vía directa: a través de agresión física directamente en el abdomen. Vía indirecta: estrés materno elevado y deficiente nutrición. Los servicios de salud deben desarrollar programas para detectar, tratar y hacer seguimiento a las mujeres maltratadas.
Donovan et al. (2016)	Revisión sistemática metaanálisis y	Evaluar la relación entre violencia de género en el embarazo y riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y bebés pequeños para la edad gestacional.	La violencia de género fue asociada de forma significativa con parto prematuro y bajo peso al nacer. La asociación con la variable pequeño para la edad gestacional fue menos pronunciada, aunque hubo menos estudios disponibles para el metaanálisis.	Las mujeres que sufren violencia de género durante el embarazo tienen mayor riesgo de parto prematuro y bebé con bajo peso al nacer. Se necesitan más estudios para examinar la relación entre violencia de género y la variable pequeño para la edad gestacional.
Hill et al. (2016)	Revisión sistemática metaanálisis y	Explorar la asociación entre violencia de género en el embarazo y los resultados adversos en los nacimientos.	La violencia de género durante el embarazo se asoció con bajo peso al nacer y parto prematuro. No obstante, no se encontró asociación estadísticamente significativa con la restricción del crecimiento intrauterino ni para bebé pequeño para la edad gestacional. Hay una relación dosis-respuesta: cuanto mayor es la frecuencia de la violencia durante el embarazo, mayores son las probabilidades de parto prematuro y bajo peso al nacer.	La evidencia científica muestra la necesidad de incluir servicios contra la violencia a las mujeres en entornos de salud sexual y reproductiva, particularmente en el cuidado prenatal. Estos servicios pueden ser puntos de contacto importantes para identificar la violencia de género y vincular a las mujeres con los servicios necesarios.

Alhusen et al. (2015)	Estudio de revisión	Describir los efectos de la violencia de género en la salud materna y los resultados neonatales adversos.	<p>Hay evidencia en la literatura de la relación entre violencia de género en el embarazo y aumento de la tasa de parto prematuro y bajo peso al nacer. Menos estudiada es la relación con pequeños para la edad gestacional. La investigación que examina la relación con esta variable ha arrojado resultados mixtos.</p> <p>Hay asociación clínicamente significativa entre violencia de género y riesgo de muerte perinatal. En un estudio se mostró un riesgo hasta ocho mayor de muerte gestacional y casi seis veces mayor de muerte neonatal.</p> <p>Puede haber dos vías posibles para estas consecuencias:</p> <p>El traumatismo directamente sobre el abdomen o violencia sexual. Esta situación puede aumentar los mecanismos de afrontamiento desadaptativos en la mujer: inadecuada o deficiente nutrición maternal, aislamiento, acceso limitado a los controles prenatales, consumo de tóxicos.</p>	<p>Es importante, por parte de los sanitarios, la evaluación e intervención de la violencia de género durante el embarazo.</p> <p>Los esfuerzos para prevenir eficazmente la iniciación de violencia de género deberían centrarse en las relaciones saludables durante toda la vida, con énfasis en los niños y los jóvenes.</p>
-----------------------	---------------------	---	---	--

<p>Pavey et al. (2014)</p>	<p>Estudio retrospectivo</p>	<p>El estrés psicológico puede afectar indirectamente, exacerbando condiciones preexistentes como la hipertensión y la diabetes gestacional, o puede conducir a complicaciones del embarazo como la preeclampsia.</p> <p>Determinar el efecto de la violencia infligida por la pareja en los resultados del nacimiento y la hospitalización de los bebés.</p>	<p>Los bebés nacidos de mujeres maltratadas tuvieron más probabilidades de nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, diagnóstico de una enfermedad respiratoria, prolongada y neonatal hospitalización y reingresos.</p> <p>Los bebés expuestos a violencia de género tuvieron un 31 % más de probabilidades de experimentar alguna consecuencia adversa.</p>	<p>Los bebés expuestos a violencia de género pueden requerir una mayor utilización de los servicios de salud, que podría extenderse a la infancia y años posteriores.</p> <p>Este estudio confirma las asociaciones entre violencia de género en el embarazo y prematuridad y bajo peso al nacer, así como la necesidad de reingresos hospitalarios de los bebés.</p>
----------------------------	------------------------------	---	---	---

Fuente: Tomado y modificado de "De-Gracia-de-Gregorio, M. (2019). Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada. Una revisión bibliográfica actualizada. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, 4(1), 3-21." (De-Gracia-de-Gregorio, 2019)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional.

De acuerdo al nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo.

De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo.

Por el período y secuencia del estudio es de tipo Transversal.

7.2. Área y período de estudio

El estudio se llevó a cabo en el en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España durante los meses de septiembre a noviembre del 2018.

7.3. Enfoque del estudio

Por el uso de los datos cuantitativos y tipo análisis de dicha información, así como su integración holística-sistémica, esta tesis monográfica se realizó mediante la aplicación de un enfoque cuantitativo de investigación.

7.4. Unidad de análisis.

Tomando como referencia los objetivos del estudio y su alcance, la unidad de análisis de la presente investigación corresponde a la paciente o mujer embarazada ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, setiembre-noviembre 2018 y cuyo parto fue atendido en dicho hospital.

7.5. Universo y muestra

7.5.1. Universo

Está constituido por todas las mujeres embarazada ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018 y cuyo parto fue atendido en dicho hospital durante el periodo de estudio, correspondiendo a un total de 341 pacientes, según cifras del servicio de estadística.

7.5.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula para estudios descriptivos a través del programa PS Power and Sample Size Calculation, versión 2.1-2007 (Copyright © 1997 by William D. Dupont and Walton D. Plummer)

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

Total de la población (N) (Universo)	341
Nivel de confianza o seguridad (1-α): Z	90%
Precisión o margen de error (e)	10%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	30%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	50

La muestra final estimada fue de 50 pacientes.

La selección de los casos se realizó a través de un muestreo aleatorio simple en base al listado de expedientes.

7.6. Criterios de selección y exclusión

Criterios de selección

- Edad >18 años
- Parto o cesárea atendido en el hospital
- Ingresada durante el periodo de estudio
- Que aceptase participar de forma voluntaria en el estudio

Criterios de exclusión

- Paciente con expediente incompleto que no permita el llenado adecuado de los instrumentos de recolección de la información.
- Que la paciente abandonase el estudio o no completase la entrevista

7.6. Técnicas y procedimientos para recolectar la información

7.6.1. Prueba piloto

Previo a la ejecución de la recolección principal se realizó una prueba piloto, donde se investigó una muestra de 3 pacientes atendidos en el Hospital durante el período de estudio.

Durante esta prueba piloto se aplicó un instrumento de recolección para evaluar su validez tomando como fuente de información los expedientes clínicos (fuente secundaria) y la propia paciente durante una entrevista cara a casa (fuente primaria). Posterior al análisis de la prueba piloto se diseñó el instrumento final.

Para la elaboración de la primera versión y la versión final del instrumento de recolección se realizó una revisión de la bibliografía y se consultaron expertos en el tema.

7.6.2. El instrumento

El instrumento estuvo conformado de preguntas cerradas y abiertas, y constó de las siguientes grandes secciones:

- A. Características generales de las madres.
- B. Antecedentes patológicos
- C. Antecedentes ginecoobstetricos
- D. Complicaciones maternas
- E. Complicaciones fetales
- F. Ocurrencia de violencia

Para la detección de violencia se usó el instrumento diseñado por la Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del Hemisferio Occidental (IPPF-RHO) en el 2000, que representa un instrumento breve para la detección sistemática de violencia basada en género (Federation, 2000). Este instrumento has mostrado alta sensibilidad y especificidad y ha sido validado previamente una versión en el idioma español (Federation, 2000).

Este instrumento luego de su aplicación permite clasificar a la mujer si sufrió violencia de cualquier tipo, violencia física, sexual y psicológica o emocional durante el embarazo.

7.7. Técnicas de procesamiento y análisis de la información

7.7.1. 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 24.0 versión para Windows (SPSS Inc 2017).

7.7.2. Estadística descriptiva

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas): Se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes) (análisis univariado). Los datos fueron mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra.

Las variables cuantitativas fueron descritas en términos de media y desviación estándar, mediana y rango (mínimo y máximo). Las variables fueron ilustradas en forma de histogramas y diagrama de cajas.

Las variables cuya frecuencia fue cero o bien no se reportaron en los expedientes clínicos fueron omitidas de las tablas y gráficos.

7.7.3. Estadística inferencial

Debido a que el propósito de un estudio descriptivo es generar hipótesis para que futuros estudios profundicen en la comprobación de dichas hipótesis, aquí se planteó explorar la asociación entre la ocurrencia de violencia y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales.

Debido a que la naturaleza de las variables estudiadas era cualitativa y que para explorar la asociación entre dos variables cualitativas la prueba que corresponde es la prueba de Chi Cuadrado o la prueba exacta de Fisher (según sea la situación), entonces se aplicó dicha prueba y se consideró que hubo un resultado significativo cuando el valor de p de cada prueba fue <0.05 .

7.8. Estrategias para control del sesgo

En este contexto el sesgo de información se redujo a través de la estandarización de los procedimientos de llenado de la ficha de recolección de la información. Previo a la recolección se realizó una prueba piloto para validar el instrumento. La misma persona revisó todos los expedientes. Para reducir el sesgo

de clasificación, se realizó un listado de todos los pacientes y se aplicaron criterios de selección.

7.9. Consideraciones éticas

El estudio recibió la autorización de la dirección docente del Hospital para su realización y revisión de los expedientes clínicos. Se garantizó la privacidad y confidencialidad suprimiendo el nombre de las pacientes utilizando un código para la identificación del expediente. La información obtenida será única y exclusivamente para fines de investigación. También se garantizó la confidencialidad y comodidad de la paciente durante la entrevista y se obtuvo un consentimiento informado por escrito.

7.10. Variables

Sociodemográficas:

- ✓ Edad
- ✓ Procedencia
- ✓ Estado Civil
- ✓ Religión
- ✓ Asegurada
- ✓ Escolaridad
- ✓ Trabajo
- ✓ Ocupación

Ginecobstétricas:

- ✓ GESTA
- ✓ PARA
- ✓ Cesárea
- ✓ Aborto
- ✓ N° de hijos vivos

Antecedentes patológicos previos al embarazo actual o a la ocurrencia de complicaciones

- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Obesidad
- HTA
- Antecedente de Diabetes Gestacional
- Antecedente de Pre eclampsia
- Antecedente de Parto prematuro previo
- Embarazo Múltiple actual
- Desnutrición materna
- Multiparidad
- Nuliparidad
- Infecciones vaginales
- Hipertensión gestacional
- Cardiopatías
- IVU a repetición
- CPN incompletos antes del ingreso hospitalario
- Malformaciones congénitas

Complicaciones maternas

- Eclampsia
- Aborto
- Amenaza de aborto
- DPP
- RPM
- Amenaza de parto pre termino
- Parto pre término

García & Quezada (2020). Violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018

- Muerte materna
- Otras

Complicaciones fetales

- Mortalidad perinatal
- CIUR
- Otros

Violencia:

- ✓ Física
- ✓ Psicológica
- ✓ Sexual

VIII. RESULTADOS

Con respecto a la edad de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, la media fue de 27.7 años (± 6.2) con una mediana de 27.5 años (rango de 18 a 42 años). (Ver cuadro 1)

En cuanto a las características generales de las mujeres en estudio se observó que el 88% tenía una pareja conviviente al momento de la encuesta, con un predominio de la religión católica con un 52%, siendo su mayoría beneficiaria (46%) o cotizante (52%). El 60% tenía educación secundaria y el 66% realizaba diversas tareas ocupacionales. (Ver cuadro 2)

Con respecto a los antecedentes obstétricos de mujeres ingresadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, la media de gestas fue de 2.2, de partos vaginales de 0.86, de cesáreas de 0.5, de abortos de 0.24 y de número de hijos de 1.3. (Ver cuadro 3)

En cuanto a los antecedentes patológicos de potenciales complicaciones se observó la siguiente distribución de frecuencia (Ver cuadro 4):

- Vaginositis 36.0%
- Alcohol 2.0%
- Nuliparidad 34.0%
- Metrorragia 6.0%
- Hipertensión arterial crónica 4.0%
- Diabetes mellitus gestacional 32.0%
- Obesidad 20.0%
- Antecedente de parto prematuro 14.0%
- IVU a repetición 8.0%
- CPN incompletos 16.0%
- Síndrome hipertensivo gestacional 8.0%

De forma global se evidencio que el 24% de las mujeres sufrió al menos un tipo de complicación, siendo las más frecuentes la amenaza de parto pretérmino

(12%) y la RPM (8%) (Ver cuadro 5). En este estudio no se registró ningún tipo de complicación fetal.

Respecto al tipo de violencia perpetrada por la pareja íntima en embarazo actual en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, el 20% reporta algún tipo de violencia, con una prevalencia de violencia emocional del 20% y de violencia física del 8%. No se reportó violencia sexual (6 y 7)

Al evaluar la asociación entre la prevalencia de violencia y la ocurrencia de violencia se observó que las personas que sufrieron violencia emocional presentaban mayor frecuencia de complicaciones y las que sufrían violencia física también presentaban mayor frecuencia de complicaciones, demostrado una fuerte asociación ($p < 0.05$) entre violencia y ocurrencia de complicaciones materno-fetales. Las mujeres que si presentaron complicaciones el 50% había tenido violencia emocional y el 25% violencia física. Mientras que las mujeres que no presentaron complicaciones solo el 10.5% había presentado violencia emocional y solo el 2.6% había presentado violencia física. (Ver cuadro 8)

Al realizar la comparación de los antecedentes patológicos (previo al embarazo actual) entre mujeres que sufrieron alguna complicación en el embarazo actual y mujeres que no sufrieron complicaciones, para ningún tipo de antecedente se observó una diferencia significativa ($p > 0.05$), por lo que la distribución de los antecedentes patológicos no influyó en la asociación observada entre las complicaciones materno-fetales y la ocurrencia de violencia durante el embarazo (Ver cuadro 9).

IX. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evidencio una alta frecuencia de violencia contra la mujer y de ocurrencia de complicaciones y los hallazgos sugieren que estas dos variables están asociadas. A pesar de que se conoce que los estudios observacionales analíticos de Cohorte o de Caso-Control son de los estudios de mayor validez para establecer asociaciones, el presente estudio si sugiere que la asociación estadística observada realmente representa una relación real entre la ocurrencia de complicaciones y la ocurrencia de violencia contra la mujer durante el embarazo.

Debido a la imposibilidad de poder realizar un estudio de cohorte o seguimiento o de un estudio caso-control por la dificultad para identificar de antemano casos (mujeres que sufrieron complicaciones) y controles (mujeres sin complicaciones) por la coyuntura del país y el acceso a los servicios del Hospital, es que se llevó a cabo un estudio descriptivo. Estudios previos como los realizados por Mori Rojas y colaboradores (2017) y Centeno y colaboradores (2019), han demostrado que incluso en estudios descriptivos fue posible observar asociaciones estadística, por lo que estos hallazgos se corresponden con los resultados de nuestro estudio.

A continuación discutiremos algunos aspectos relevantes relacionados con los hallazgos del presente estudio.

Características generales de la población estudiada

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 o casadas.

Estos datos se corresponden con lo reportado en otros estudios realizados en unidades hospitalarias de Nicaragua y en los datos reportados por la Encuesta

Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/2012). Por lo que podemos decir que nuestros resultados son generalizables a otros grupos de población de mujeres embarazadas que reciben atención en los hospitales de Managua.

Comportamientos de riesgo de la madre durante el embarazo

En el presente estudio la frecuencia de hábitos tóxicos fue baja entre las mujeres investigadas solo 1 mujer reportó consumo de alcohol. No hubo reporte de tabaquismo ni consumo de drogas. Lo cual difiere de lo reportado por otras investigaciones. Diversos estudios han sugerido que la violencia infligida por la pareja durante el embarazo se asocia significativamente con una serie de comportamientos adversos para la salud durante el embarazo, como el tabaquismo, el abuso de alcohol y sustancias ilegales.

También múltiples estudios han señalado que la violencia se asocia a retraso en la atención prenatal. Lo cual es relevante ya que en nuestro estudio en 8 mujeres se indica que no asistieron a su control prenatal para un 16%.

Las posibles explicaciones de estas asociaciones son que las mujeres fuman, beben o consumen drogas para auto medicarse para sobrellevar el estrés, la vergüenza y el sufrimiento provocados por el abuso. (Chisholm et al., 2017; Organization, 2012)

Los retrasos en la atención prenatal pueden deberse a que las parejas abusivas impiden que las mujeres salgan de la casa o que las mujeres abusadas faltan a las citas debido a lesiones. Se necesita una investigación más profunda sobre cómo la violencia infligida por la pareja durante el embarazo afecta el comportamiento de búsqueda de atención médica, especialmente en entornos de bajos recursos, ya que la evidencia de estudios basados en la población de Bangladesh, Kenia, Ruanda y Zimbabwe muestra que es menos probable que la violencia de pareja se desarrolle si la mujer visita de forma rutinaria algún establecimiento de salud (Organization, 2012, 2013; Pal & Rao, 2020).

Frecuencia de violencia en la mujer embarazada

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.

A pesar de que los datos de la ENDESA 2011/2012 no hacen referencia a violencia durante el embarazo, si podemos observar que los resultados son comparables. En Nicaragua, los datos más recientes 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 violencias sexuales por parte de alguna pareja o ex-pareja.

Un patrón similar fue el reportado por Sevilla y colaboradores en un estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense. Sevilla señala que 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%.

Asociación entre la violencia y las complicaciones

Basado en la revisión que se hizo de la literatura consultada, se encontró evidencia de que la violencia infligida por la pareja durante el embarazo está asociada con resultados de salud adversos (fatales y no fatales) para la mujer embarazada y su bebé debido al trauma directo del abuso en el cuerpo de la mujer

embarazada, así como los efectos fisiológicos del estrés del abuso tanto del pasado como del momento, sobre el crecimiento y desarrollo fetal. (Chisholm et al., 2017; Organization, 2012; Pal & Rao, 2020)

Los resultados de salud asociados con la violencia infligida por la pareja durante el embarazo incluyen resultados de salud materna y neonatal. Específicamente, investigaciones anteriores han encontrado que las mujeres que informaron abuso durante el embarazo tenían tasas más altas de retraso del crecimiento intrauterino y trabajo de parto prematuro que las mujeres que no experimentaron abuso, lo que puede provocar bajo peso al nacer y otros riesgos neonatales. (WHO, 2018; Wilson, 2014)

Experimentar la violencia de la pareja durante el embarazo también se ha asociado con un mayor riesgo de aborto espontáneo. Otros también han encontrado un mayor riesgo de hemorragia anteparto y muerte perinatal. El abuso durante el embarazo también puede tener consecuencias para la salud a corto y largo plazo para las mujeres embarazadas, incluida la mortalidad materna. (Correa-Lopez, 2019; Mori Rojas, 2018; Somarriba Grádiz & Rivera Reyes, 2014)

En nuestro estudio, de forma global entre 1 a 2 mujeres de cada 10 presentan complicaciones, especialmente amenaza de parto pre término. Debido al tamaño muestra y la frecuencia de complicaciones observada no fue posible evaluar hasta el momento la asociación entre el tipo específico de violencia y el tipo de complicaciones observadas, sin embargo, la frecuencia de violencia y la frecuencia de complicaciones severas son mayores a las observadas en otros estudios.

Los resultados de nuestro estudio evidencian que la violencia en la mujer embarazada es un serio problema de salud, tanto por su frecuencia como por la naturaleza de la violencia, con predominio de la violencia ejercida por la pareja, que a su vez podría estar causando un impacto negativo en la salud de la madre y el feto, ya que la tasa observada de complicaciones materno-fetales es mayor a la reportada en serie similares.

Implicaciones de los resultados de nuestro estudio

Estos datos reflejan que la violencia contra la mujer en Nicaragua es un problema serio, y que sus consecuencias en la salud de las mujeres deben ser investigadas.

Los esfuerzos para abordar la salud materna y neonatal deben incluir cuestiones de violencia contra la mujer, ya que la evidencia de nuestro estudio y de estudios realizados en muchos países muestra que la violencia de pareja es común durante el embarazo y está asociada con resultados de salud adversos para la madre, el embarazo y el recién nacido.

Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, salud de los adolescentes y prevención del VIH / SIDA deben abordar sistemáticamente como elementos clave los temas de violencia, sexualidad y dinámica de poder en las relaciones de género.

La información sobre la violencia contra la mujer, sus consecuencias para la salud y una respuesta adecuada deben integrarse en el plan de estudios y la capacitación de los proveedores de atención de salud que trabajan en planificación familiar, atención prenatal y posnatal y parto.

Como mínimo, los proveedores de atención médica deben estar informados y ser conscientes de la posibilidad de que la violencia sea un factor subyacente en la mala salud de las mujeres durante el embarazo y el posparto, especialmente en entornos de escasos recursos.

El desarrollo de intervenciones para prevenir la violencia contra la mujer en primer lugar, incluidas aquellas que promueven la igualdad de género y las relaciones seguras y responsables, también es una necesidad crítica.

X. CONCLUSIONES

1. Las mujeres estudiadas se caracterizaron por ser mayor de 20 años, de procedencia urbana, con nivel de escolaridad secundaria, en convivencia con pareja estable actualmente. La mayoría tenía dos hijos previos, con antecedente de parto vaginal, sin embargo, hasta un 34% no había tenido hijos. El aborto previo se reportó con poca frecuencia. En cuanto a la presencia de antecedentes patológicos se observó que los más frecuentes fueron la vaginosis, diabetes mellitus gestacional, obesidad, antecedente de parto prematuro, IVU a repetición y síndrome hipertensivo gestacional.
2. De forma global se evidencio que el 24% de las mujeres sufrió al menos un tipo de complicación, siendo las más frecuentes la amenaza de parto pretérmino y la RPM. No se reportaron complicaciones fetales.
3. Respecto a la frecuencia y tipo de violencia el 20% reporta algún tipo de violencia perpetrada por la pareja intima durante el embarazo actual, con una prevalencia de violencia emocional del 20% y de violencia física del 8%.
4. Se observó una fuerte asociación entre violencia y ocurrencia de complicaciones materno fetales. Las personas que sufrieron violencia emocional o física presentaban mayor frecuencia de complicaciones. La presencia de antecedentes patológicos no altero dicha asociación, ya que no hubo diferencia entre las mujeres que presentaron complicaciones y las mujeres que no, con excepción de la diferencia observada en cuanto a la ocurrencia de violencia.

XI. RECOMENDACIONES

Los hallazgos del presente estudio refuerzan los datos de que el problema de violencia en mujeres embarazadas en Nicaragua sigue siendo un problema frecuente y de alto impacto, por lo que recomendamos lo siguiente:

Recomendaciones para el Nuevo Hospital Monte España

1. 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.

2. Recomendamos al Hospital incluir en el equipo de atención a la mujer a profesionales de la psicología y trabajadores sociales, para poder abordar de forma más integral el problema de la violencia contra la mujer y así poder brindarle a las mujeres una mejor atención y protección de su salud y bienestar personal.

Recomendaciones para el Ministerio de Salud

2. Enfatizar en el personal de salud en todos los niveles de atención del sistema nacional de salud, que tiene contacto con la paciente embarazada, la necesidad de abordarla adecuada e integralmente haciendo énfasis en la identificación de potenciales víctimas de violencia, al acudir a consulta, ya que hay patologías que presenta la paciente que pueden estar asociadas a violencia.

4. Fortalecer las capacidades del personal de salud para la identificación de los diversos escenarios de riesgo de violencia contra la mujer, ya que esto representa un paso fundamental para el desarrollo de intervenciones eficaces en la prevención y tratamiento de la violencia contra mujeres embarazadas.

5. Recomendamos que el Ministerio de salud impulse iniciativas para 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, de forma oportuna, en especial durante los controles prenatales.

Recomendaciones para la universidad, comunidad académica y científica

6. Recomendamos tanto a las universidades como al resto de instituciones académicas y científicas en Nicaragua impulsar estudios más extensos y de mayor duración, sobre la frecuencia de la violencia contra la mujer durante el embarazo y su impacto en la salud, ya que este tipo de información es vital para establecer medidas de intervención efectivas en el ámbito de aplicación.

7. También recomendamos realizar estudios de seguimiento, y si es posible ensayos clínicos de alta calidad con poder estadístico adecuado para determinar que programas de intervención previenen o reducen los episodios de violencia doméstica durante el embarazo con mayor efectividad y cuál de estos se adecuan a la realidad Nicaragüense, ya que hasta la fecha no hay pruebas suficientes para evaluar la efectividad de las intervenciones sobre la violencia doméstica y como estas intervenciones impactan positivamente en los resultados del embarazo.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L. (2015). Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Journal of women's health, 24*(1), 100-106.
- Campbell, J., Garcia-Moreno, C., & Sharps, P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence against women, 10*(7), 770-789.
- Centeno Quispe, J., & Sahuaraura Patiño, K. (2019). Relación entre Violencia de Género y las Complicaciones Ocurredas Durante el Embarazo, en Gestantes Atendidas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2017.
- Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson II, J. E. J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American journal of obstetrics and gynecology, 217*(2), 141-144.
- Correa-Lopez, M. Y. (2019). Complicaciones maternas asociadas a la violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo en el Hospital de Vitarte, Lima-Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal, 4*(4), 11-18.
- De-Gracia-de-Gregorio, M. (2019). Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada. Una revisión bibliográfica actualizada. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, 4*(1), 3-21.
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive health matters, 18*(36), 158-170.
- Federation, I. P. P. (2000). Detección sistemática de violencia basada en género. *Boletín sobre cómo integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva. ¡ BASTA, 6*.

- García & Quezada (2020). *Violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018*
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*: World Health Organization.
- Halim, N., Beard, J., Mesic, A., Patel, A., Henderson, D., & Hibberd, P. (2018). Intimate partner violence during pregnancy and perinatal mental disorders in low and lower middle income countries: A systematic review of literature, 1990–2017. *Clinical psychology review*, 66, 117-135.
- Heiskanen, M., Francis, B., Strid, S., Stöckl, H., Helweg-Larsen, K., Palmer, E., . . . Walby, S. (2017). *The concept and measurement of violence against women and men*: Policy Press.
- Hernández Calle, L. (2017). *Violencia contra la mujer embarazada atendida en el servicio de obstetricia del hospital general de Jaén, 2014*.
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., & Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 133(3), 269-276.
- INIDE. (2013). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/2012*. Retrieved from Managua Nicaragua:
- Laelago, T., Belachew, T., & Tamrat, M. (2017). Effect of intimate partner violence on birth outcomes. *African health sciences*, 17(3), 681-689.
- Menezes, T. C., Amorim, M. M. R. d., Santos, L. C., & Faúndes, A. (2013). Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(5), 309-316.
- Mori Rojas, C. N. (2018). *Violencia intrafamiliar y su relación con las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital regional de Loreto; enero 2016 a diciembre 2016*.
- ONU. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Retrieved from
- Organization, W. H. (2012). *Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence*. Retrieved from

García & Quezada (2020). *Violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018*

- Organization, W. H. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*: World Health Organization.
- Pal, A., & Rao, R. (2020). Intimate Partner Violence During Pregnancy. In *Labour Room Emergencies* (pp. 515-520): Springer.
- 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. Retrieved from https://ac.els-cdn.com/S0213911113001684/1-s2.0-S0213911113001684-main.pdf?_tid=61878561-a2ff-41aa-8682-963d5c706ce7&acdnat=1538969744_5e9102372e3db379dce665695ebe8cf5
- Sevilla Gutiérrez, I. (2015). *Violencia contra la mujer en el embarazo y complicaciones Materno-Fetales, pacientes ingresadas en el Hospital Alemán Nicaragüense, Septiembre-Diciembre 2014*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua,
- Shamu, S., Abrahams, N., Temmerman, M., Musekiwa, A., & Zarowsky, C. (2011). A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PloS one*, 6(3), e17591.
- Somarriba Grádiz, V. M., & Rivera Reyes, A. d. C. (2014). *Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para complicaciones obstetricas mas frecuentes en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderon Roque durante el periodo Abril 2013-Abril 2014*. Universidad Naciounal Autónoma de Nicaragua, Managua,
- Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics*, 99(3), 629-649.
- Udmuangpia, T., Yu, M., Laughon, K., Saywat, T., & Bloom, T. L. (2020). Prevalence, Risks, and Health Consequences of Intimate Partner Violence during Pregnancy among Young Women: A Systematic Review. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(3), 412-429.

García & Quezada (2020). Violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Escuela Monte España, septiembre-noviembre 2018

WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*: World Health Organization (WHO).

WHO. (2018). *WHO: addressing violence against women: key achievements and priorities*. Retrieved from

Wilson, T. D. (2014). *Violence against women in Latin America*. In: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.

XIII. ANEXOS

- Operacionalización de las variables
- Instrumentos
- Cuadros
- Gráficos
- Consentimiento Informado

Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Dimensiones	Definición	Indicadores	Valor	Tipo Escala	Fuente de información
Sociodemográficas	Se refiere a un grupo definido por sus características sociológicas y demográficas. Las características demográficas pueden hacer referencia a la edad, sexo, lugar de residencia	Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento a la actualidad	Dato reportado en el registro de expediente clínico	NA	Cuantitativa discreta	Historia clínica
		Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona que hace a sus vínculos personales	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Casada Soltera Unión estable Viuda Divorciada	Cualitativa Nominal	
	Religión	Religión	Persona en una orden o congregación religiosa	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Católico Evangélico Testigo de Jehová Mormón	Cualitativa Nominal	
					Beneficiario: padre, madre, Esposa, hijo Pensionado Jubilado	Cualitativa Nominal	
	Asegurada	Asegurada	Persona que está asegurada en un hospital	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Primaria Secundaria Técnico Universidad	Cualitativa ordinal	
	Escolaridad	Es el nivel de estudios alcanzados	Dato reportado en el registro de expediente clínico				
	Ocupación	Trabajo realizado por la persona independientemente de sus características o circunstancias	Dato reportado en el registro de expediente clínico		Ama de casa Doméstica Negocio propio Otras..	Cualitativa Nominal	

Variables	Definición	Dimensiones	Definición	Indicadores	Valor	Tipo de Escala	Fuente de información
Antecedentes Ginecobstétricos	Historia obstétrica y ginecológica que se obtiene a través del expediente clínico	GESTA	Estado de gestación o número de veces que ha estado embarazada una mujer incluyendo el embarazo actual	Dato reportado en el registro de expediente clínico y en la entrevista	NA	Cuantitativa Discreta	Encuesta
		PARA	Expulsión o extracción del producto de la concepción mayor de 22 semanas con un peso mayor de 500 gramos	Dato reportado en el registro de expediente clínico y en la entrevista	NA	Cuantitativa Discreta	
		Cesárea	Es la extracción del feto a través de una intervención quirúrgica que se hace por vía abdominal y uterina	Dato reportado en el registro de expediente clínico y en la entrevista	NA	Cuantitativa Discreta	
		Abortos	Es la interrupción del embarazo menor de 22 semanas con un peso menor de 500 gramos	Dato reportado en el registro de expediente clínico y en la entrevista	NA	Cuantitativa Discreta	
		N° de hijos vivos	Cantidad de personas que la paciente menciona al momento de la entrevista de hijos que están vivos	Dato reportado en el registro de expediente clínico y en la entrevista	NA	Cuantitativa Discreta	

Variables	Definición	Dimensiones	Definición	Indicadores	Valor	Tipo de Escala	Fuente de información
Antecedentes patológicos previos al embarazo actual	Antecedentes, características, condición o comportamiento previo al embarazo actual que aumente la probabilidad de sufrir una complicación obstétrica o perinatal	Tabaquismo	Todo individuo que fume a diario durante el último mes, al menos un cigarrillo.	Dato reportado en la entrevista	Si No	Cualitativa Nominal	Encuesta
			Uso durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida.	Dato reportado en la entrevista	Si No	Cualitativa Nominal	
		Consumo de alcohol	Es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud	Dato reportado en la entrevista	Si No	Cualitativa Nominal	
			La hipertensión Arterial o presión arterial alta es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias.	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	
		HTA	Cualquier grado de alteración en la regulación de la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	

Antecedente de Pre eclampsia	independientemente de la edad gestacional	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
	Se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mm Hg.				
Antecedente de Parto prematuro previo	Es aquel que comienza antes de que se completen las 37 semanas de gestación previo al embarazo actual	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
Embarazo Múltiple actual	Se define como la presencia de 2 o más fetos dentro del útero	Dato reportado en el registro de expediente clínico		Cuantitativa Discreta	Historia clínica
Desnutrición materna	Pérdida de reservas de su propio organismo por recibir poca alimentación	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
Multiparidad	Se define como una mujer que ha tenido 2-4 hijos	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
Nuliparidad	Mujer que no ha tenido hijos	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
Infecciones vaginales	Es una inflamación o infección de la vagina que puede afectar la vulva, la parte externa de los genitales de la mujer y también puede causar picazón, dolor, secreción y mal olor.	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
Hipertensión gestacional	Tensión arterial (TA) sistólica ≥ 140 y/o TA diastólica ≥ 90 en dos	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica

ocasiones separadas $\geq 4-6$ horas, posterior a la semana 20 sin proteinuria que retorna a cifras normales antes de la semana 12 de puerperio.

Cardiopatías

IVU a repetición

Son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. es un proceso infeccioso que resulta de la invasión y desarrollo de bacterias en el tracto urinario que pueden traer consigo repercusiones maternas y fetales y que se presentan durante varias veces en el embarazo.	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica

CPN incompletos

Paciente con un número de controles prenatales por debajo de mínimo según los criterios de MINSA Nicaragua para embarazos de alto y bajo riesgo	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
---	---	----------	---------------------	------------------

Malformaciones congénitas

Es toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular, presente al nacer, externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple	Dato reportado en el registro de expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
--	---	----------	---------------------	------------------

Variables	Definición	Dimensiones	Definición	Indicadores	Valor	Tipo de Escala	Fuente de información
Complicaciones maternas en embarazo actual	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado que afecta a la madre	Aborto	Es la interrupción del embarazo menor de 22 semanas con un peso menor de 500 gramos	Revisión del expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
		Amenaza de aborto	Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio acompañado o no de sangrado transvaginal sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea	Revisión del expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	
		Amenaza de parto pre término	Afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes con una frecuencia de 4-20 minutos o 6 en 60 minutos sin dilatación o cuando es menor a 3 cm entre las 22-36 semanas	Revisión del expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	
		Parto pre término	Se denomina parto pre término al parto que ocurre antes de las 37 semanas	Revisión del expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	

Eclampsia		Presencia de convulsiones en pacientes preeclámpticas que no pueden ser atribuidas a otra causa	Revisión del expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
DPP		Separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 22 semanas y antes del nacimiento del feto	Revisión del expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica
RPM		Solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobrevienen antes del sobre inicio del trabajo de parto	Revisión del expediente clínico	Si No	Cualitativa Nominal	Historia clínica

Complicaciones fetales en embarazo actual

<p>Muerte materna</p>	<p>Fallecimiento de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, debido a causas directas o indirectas relacionadas con el embarazo</p>	<p>Revisión del expediente clínico</p>	<p>Si No</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>Mortalidad perinatal</p>	<p>La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días</p>	<p>Revisión del expediente clínico</p>	<p>Si No</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>CIUR</p>	<p>Crecimiento intrauterino retardado. Se denomina feto con C.I.U.R. al que tiene un peso inferior al correspondiente para su edad gestacional</p>	<p>Revisión del expediente clínico</p>	<p>Si No</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Historia clínica</p>

Violencia perpetrada por la parte íntima durante el embarazo

La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación, ocurridos durante el embarazo	Violencia física	Se refiere a toda forma de violencia que la que se usa la fuerza física, y que causa dolor, daño, heridas y hasta la privación de la vida: empujar, golpear, halar el cabello, quemar, torturar, mutilar, herir, etc.	Dato brindado durante la entrevista y clasificado según el instrumento de la IPPF-RHO	Si No	Cualitativa Nominal	Instrumento para la detección de violencia diseñado por la Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del hemisferio occidental (IPPF-RHO) en el 2000, que representa un instrumento breve para la detección sistemática de violencia basada en género
	Violencia sexual	Es aquella violencia que denigra la integridad sexual de una persona, sea que haya contacto genital o no. Se entiende que la integridad ha sido vulnerada toda vez que la víctima no da su consentimiento expreso. La violencia sexual abarca: coerción, amenazas, intimidación y uso de la fuerza, violación, acoso, abuso, explotación sexual, trata de personas, prostitución forzada, etc.	Dato brindado durante la entrevista y clasificado según el instrumento de la IPPF-RHO	Si No	Cualitativa Nominal	

Violencia psicológica o emocional	La violencia psicológica es aquella que produce daños afectivos, morales y psicológicos sobre la persona sin que medie la fuerza física, lo que hace mermar su autoestima. Por ejemplo: culpabilizar, amenazar, coaccionar, espiar, ignorar al otro, desacreditar al otro, hostigar, acosar, aislar, irrespetar la opinión, etc. Incluye la agresión verbal por medio de insultos y descalificaciones.	Dato brindado durante la entrevista y clasificado según el instrumento de la IPPF-RHO	Si No	Cualitativa Nominal

Instrumentos

Guía de revisión del expediente clínico

Número de ficha: _____

Número de Expediente: _____

Fecha de ingreso: _____

Edad: _____ (años)	
Escolaridad	Primaria Secundaria Técnico Universidad
Estado civil	Casada Sotera Unión estable
Religión	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otra
INSS	Beneficiaria Pensionada Cotizante
	Ama de casa Domestica Negocio propio Otro

Antecedentes Ginecoobstetricos				
GESTA	PARA	Cesárea	Aborto	Número de hijos

Antecedentes patológicos relevantes (previos al embarazo actual)	Si	No
Tabaquismo		
Consumo de alcohol		
Consumo de drogas		
Obesidad		
HTA		
Antecedente de Diabetes Gestacional		
Antecedente de Pre eclampsia		
Antecedente de Parto prematuro previo		
Embarazo Múltiple actual		
Desnutrición materna		
Multiparidad		
Nuliparidad		
Infecciones vaginales		
Hipertensión gestacional		
Cardiopatías		
IVU a repetición		
CPN incompletos		
Malformaciones congénitas		

Complicaciones maternas (embarazo actual)	Si	No
Eclampsia		
Aborto		
Amenaza de aborto		
DPP		
RPM		
Amenaza de parto pre termino		
Parto pre término		
Muerte materna		
Otras		
Complicaciones fetales (embarazo actual)		
Mortalidad perinatal		
CIUR		
Otros		

Guía de entrevista para diagnóstico de violencia

El maltrato y la violencia son situaciones muy comunes en la vida de las mujeres, esto tiene distintas consecuencias. Algunas de ellas pueden afectar el estado de salud, por lo que hemos comenzado a hacer estas preguntas durante la consulta médica general. Responderán a estas preguntas las mujeres que así lo deseen sin que esto altere la relación con su médica o médico. El contenido de las respuestas será absolutamente confidencial y nadie tomará ninguna medida por el mismo.

¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico por medio de alguna de las siguientes situaciones en forma repetida? Por ejemplo: insultos, aislamiento de amigos o parientes, hacerla sentir avergonzada o humillada, desprecio por las tareas que usted realiza, burlas, destrucción de objetos propios, amenazas daño a mascotas, rechazo o desprecio otras, cuáles:

Sí___ No___ No desea contestar

¿Quién (quienes) lo hizo? _____

¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

Niñez

adolescencia

juventud

adulthood

mayor de 65 años

embarazo y/o postparto

¿Sucede actualmente?

Sí___ No___ No desea contestar

2) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? Por ejemplo:

Empujones, golpe de puños, quemaduras, zamarreos, mordeduras, ahorcamiento, pellizcos, palizas golpes con objetos, tirón de pelo, patadas daño con armas, cachetadas, otras formas, cuáles

Sí___ No___ No desea contestar

¿Quién (quienes) lo hizo? _____

¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

Niñez
adolescencia
juventud
adulthood
mayor de 65 años
embarazo y/o postparto

3) ¿Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual?

Sí___ No___ No desea contestar

¿Quién (quienes) lo hizo? _____

4) ¿Alguna vez en su vida ha sido forzada u obligada a tener relaciones o contacto sexual?

Sí___ No___ No desea contestar

¿Quién (quienes) lo hizo? _____

¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

Niñez
adolescencia
juventud
adulthood
mayor de 65 años
embarazo y/o postparto

¿Sucede actualmente?

Sí___ No___ No desea contestar

5) Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?

Sí___ No___ No desea contestar

Cuadros

Cuadro 1: Edad de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, entre septiembre-noviembre del 2018.

N		50
Media		27.7
Mediana		27.5
Desviación estándar		6.2
Mínimo		18.0
Máximo		42.0
Percentiles	25	22.0
	50	27.5
	75	33.0

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

Cuadro 2: Características generales de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

		n	Porcentaje
Estado civil	Casada	23	46.0
	Soltera	6	12.0
	Unión estable	21	42.0
	Total	50	100.0
Religión	Católica	26	52.0
	Evangélica	24	48.0
	Total	50	100.0
INSS	Beneficiaria	23	46.0
	Pensionada	1	2.0
	Cotizante	26	52.0
	Total	50	100.0
Escolaridad	Primaria	2	4.0
	Secundaria	30	60.0
	Técnico	1	2.0
	Universidad	17	34.0
	Total	50	100.0
Ocupación	Ama de casa	17	34.0
	Otros	33	66.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

Cuadro 3: Antecedentes obstétricos de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

		Gestas	Partos vía vaginal	Cesáreas	Abortos	Número de Hijos
N	Válido	50	50	49	50	50
	Perdidos	0	0	1	0	0
Media		2.22	.860	.510	.240	1.320
Mediana		2.00	1.00	0.00	0.00	1.00
Desviación		1.25	1.01	0.71	0.52	0.99
Mínimo		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Máximo		5.0	4.0	2.0	2.0	3.0

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

Cuadro 4: Antecedentes patológicos (previo al embarazo actual) reportados en el expediente clínico y en la entrevista en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre-noviembre 2018 (n=50).

	n	%
Vaginosis	18	36.0
Alcohol	1	2.0
Nuliparidad	17	34.0
Metrorragia	3	6.0
Hipertensión arterial crónica	2	4.0
Diabetes mellitus gestacional	16	32.0
Obesidad	10	20.0
Antecedente de parto prematuro	7	14.0
IVU a repetición	4	8.0
CPN incompletos	8	16.0
Síndrome hipertensivo gestacional	4	8.0
Ruptura prematura de membrana	2	4.0

Nota: Cada mujer investigada podría presente más de un factor de riesgo presente por lo que este cuadro representa un cuadro multirrespuesta. Aquí se describe el porcentaje de cada factor individual respecto al total de mujeres o casos estudiados (n=50).

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

Cuadro 5A: Proporción de casos que reportan al menos una complicación materno-fetal, de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre-noviembre 2018.

	n	%
Reporta al menos un tipo de complicación	12	24.0
No reporta complicaciones	38	76.0
Número de casos	50	100.0

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018

Cuadro 5B: Tipo de complicaciones materno-fetales de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

Tipo de complicaciones		
	n	%
Amenaza de aborto	2	4.0
Amenaza de parto pretérmino / Parto pretérmino*	6	12.0
RPM	4	8.0
No reportan complicaciones	32	76
Total	50	100

*Nota: 6 casos presentaron APP, de estos 1 caso fue parto pretérmino.

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018

Cuadro 6: Violencia sufrida mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

		n	%	% válido
¿Su pareja o alguien importante para usted le han causado daño emocional o psicológico por medio de alguna de las siguientes situaciones en forma repetida? Por ejemplo: insultos, aislamiento de amigos o parientes, hacerla sentir avergonzada o humillada	No	36	72.0	72.0
	Si	14	28.0	28.0
	Total	50	100.0	100.0
¿Quien?	Pareja actual	9	18.0	69.2
	Pareja anterior	1	2.0	7.7
	Otro familiar	3	6.0	23.1
	Total	13	26.0	100.0
Perdidos	No aplica	37	74.0	
Total		50	100.0	
¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)	Niñez	1	2.0	7.1
	Adolescencia	2	4.0	14.3
	Juventud	5	10.0	35.7
	Embarazo t/o Postparto	6	12.0	42.9
	Total	14	28.0	100.0
Perdidos	No aplica	36	72.0	
Total		50	100.0	
¿Sucede actualmente?	No	43	86.0	86.0
	Si	7	14.0	14.0
	Total	50	100.0	100.0
¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada?	No	44	88.0	88.0
	Si	6	12.0	12.0
	Total	50	100.0	100.0
¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)	Niñez	1	2.0	16.7
	Adolescencia	3	6.0	50.0
	Embarazo t/o Postparto	2	4.0	33.3
	Total	6	12.0	100.0
Perdidos	No aplica	44	88.0	
Total		50	100.0	
¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual?	No	44	88.0	88.0
	Si	6	12.0	12.0
	Total	50	100.0	100.0
¿Quien?	Pareja actual	2	4.0	40.0
	Pareja anterior	1	2.0	20.0
	Otro familiar	2	4.0	40.0
	Total	5	10.0	100.0
Perdidos	No aplica	45	90.0	
Total		50	100.0	
	No	49	98.0	98.0

¿Alguna vez en su vida ha sido forzada u obligada a tener relaciones o contacto sexual?	Si	1	2.0	2.0
	Total	50	100.0	100.0
¿Sucede actualmente?	No	50	100.0	100.0
Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?	No	44	88.0	88.0
	Si	6	12.0	12.0
	Total	50	100.0	100.0

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

Cuadro 7: tipo de violencia perpetrada por la pareja intima en embarazo actual en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

		n	%
Violencia de cualquier tipo	No	40	80.0
	Si	10	20.0
	Total	50	100.0
Violencia psicológica o emocional	No	40	80.0
	Si	10	20.0
	Total	50	100.0
Violencia física	No	46	92.0
	Si	4	8.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

Cuadro 8: Asociación entre la ocurrencia de violencia durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.

		Grupo				Chi 2		
		Mujeres que no reporta ninguna complicación materno-fetal (n=38)		Mujeres que reporta al menos un tipo de complicación materno-fetal (n=12)				
		n	%	n	%	Valor	gl	p
Violencia psicológica o emocional	No	34	89.5	6	50.0	8.9	1	0.003
	Si	4	10.5	6	50.0			
	Total	38	100.0	12	100.0			
Violencia física	No	37	97.4	9	75.0	6.9	1	0.013
	Si	1	2.6	3	25.0			
Total		38	100.0	12	100.0			

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018

Cuadro 9: Comparación de los antecedentes patológicos (previo al embarazo actual) entre mujeres que sufrieron alguna complicación en el embarazo actual y mujeres que no sufrieron complicaciones, reportados en el expediente clínico y en la entrevista de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre-noviembre 2018.

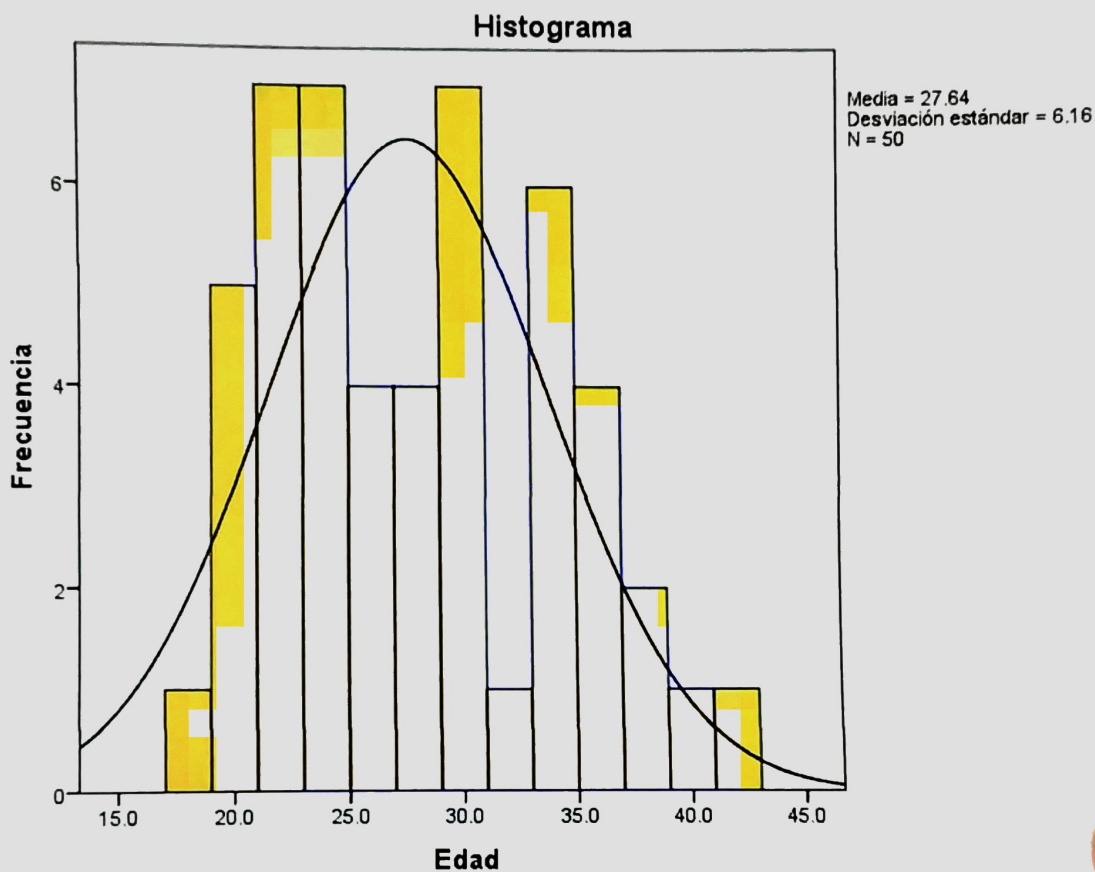
	Mujeres que no reporta ninguna complicación materno-fetal (n=38)		Mujeres que reporta al menos un tipo de complicación materno-fetal (n=12)		TOTAL		Chi ² p
	n	%	n	%	n	%	
Vaginosis	15	39.5	3	25.0	18	36.0	0.132
Alcohol	1	2.6	0	0.0	1	2.0	0.765
Nuliparidad	14	36.8	3	25.0	17	34.0	0.546
Metrorragia	2	5.3	1	8.3	3	6.0	0.111
Hipertensión arterial crónica	2	5.3	0	0.0	2	4.0	0.221
Diabetes mellitus gestacional	13	34.2	3	25.0	16	32.0	0.453
Obesidad	8	21.1	2	16.7	10	20.0	0.691
Antecedente de parto prematuro	5	13.2	2	16.7	7	14.0	0.329
IVU a repetición	3	7.9	1	8.3	4	8.0	0.429
CPN incompletos	6	15.8	2	16.7	42	84.0	0.214
Síndrome hipertensivo gestacional	3	7.9	1	8.3	4	8.0	0.988
Ruptura prematura de membrana	2	5.3	0	0.0	2	4.0	0.349

Nota: Cada mujer investigada podría presente más de un factor de riesgo presente por lo que este cuadro representa un cuadro multirrespuesta. Aquí se describe el porcentaje de cada factor individual respecto al total de mujeres en cada grupo.

Fuente: Expediente clínico / Entrevista a mujeres participantes en la Encuesta sobre violencia y complicaciones materno-fetales en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018

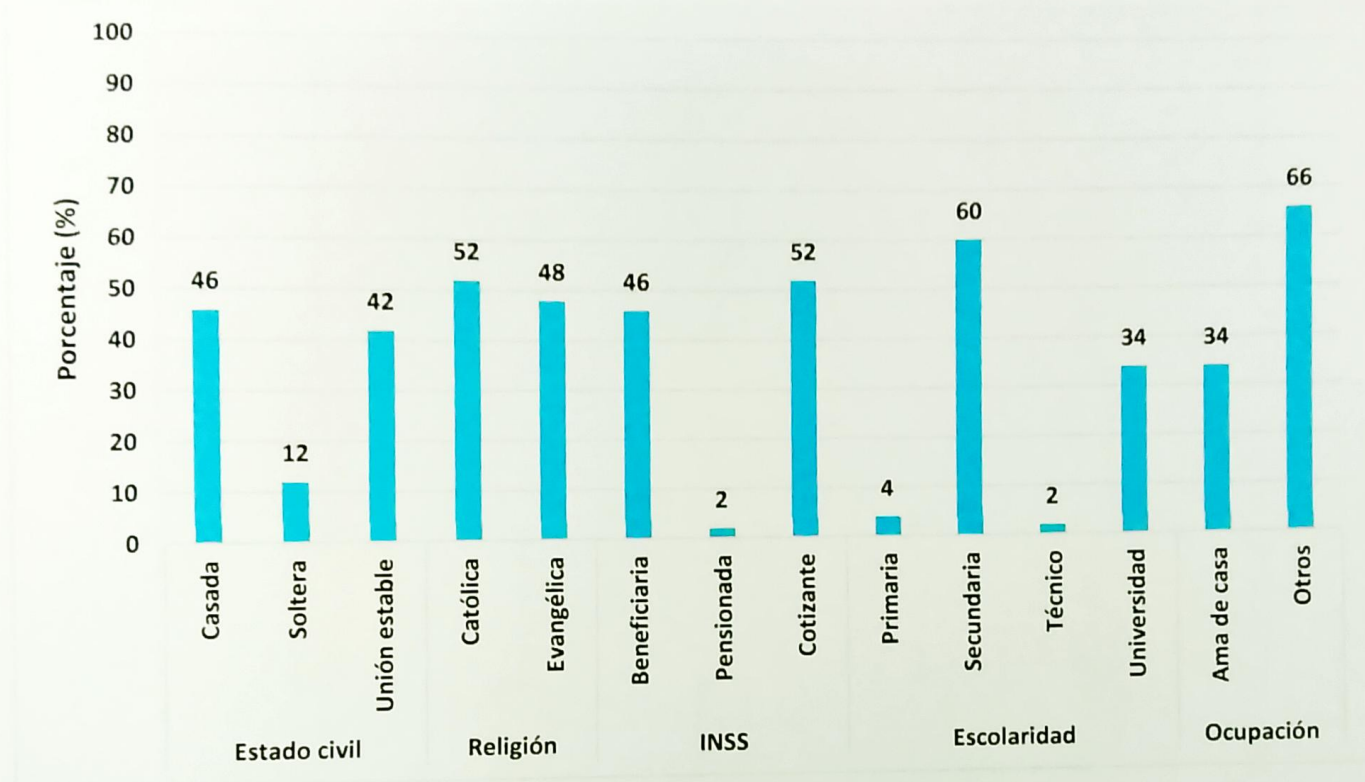
Gráficos

Gráfico 1: Edad de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre-noviembre 2018.



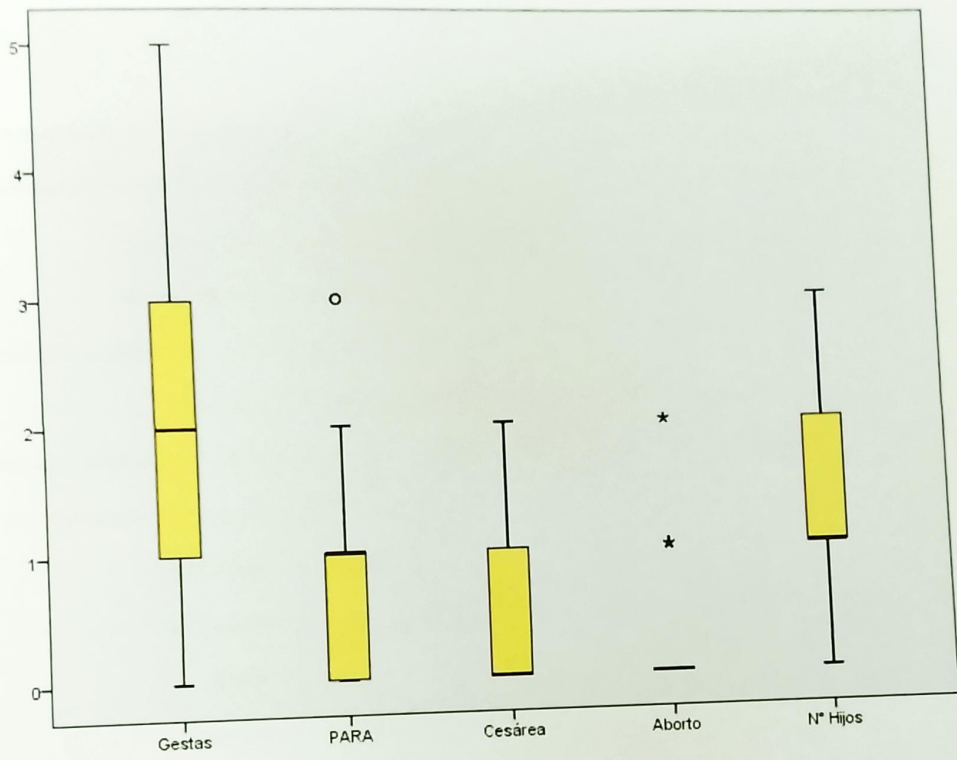
Fuente: Cuadro 1

Gráfico 2: Características generales de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre-noviembre 2018.



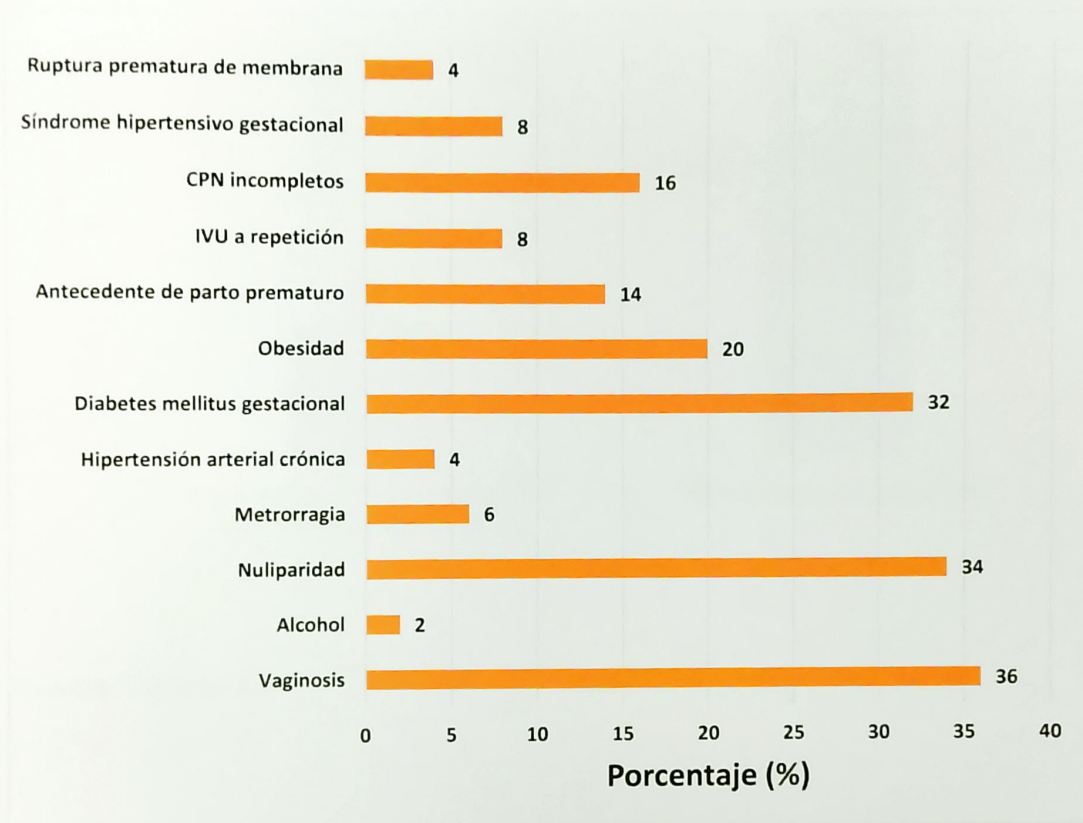
Fuente: Cuadro 2

Gráfico 3: Antecedentes obstétricos de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre-noviembre 2018.



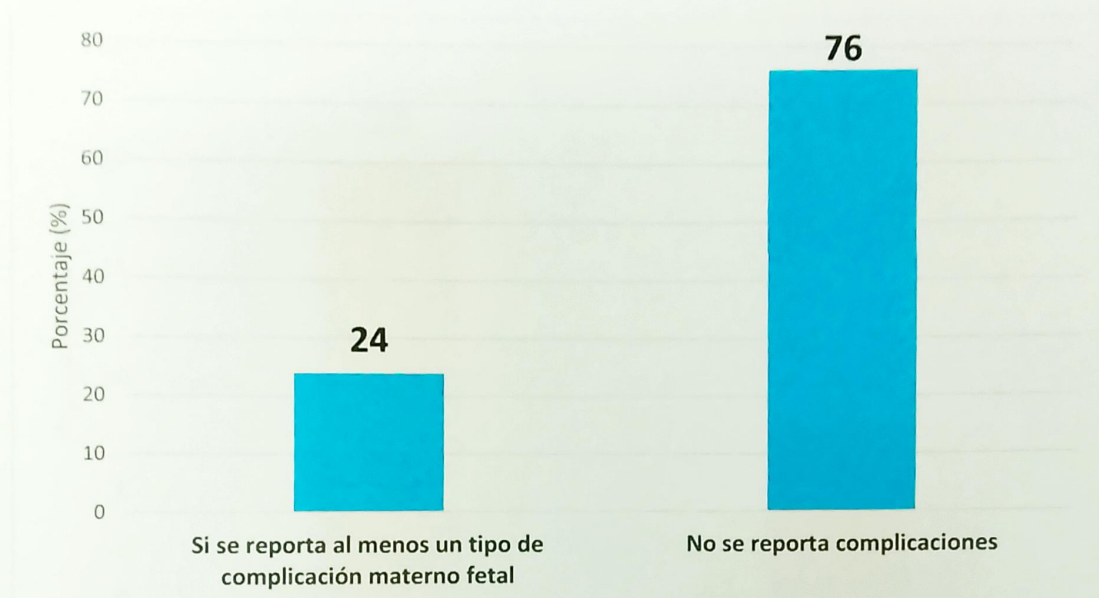
Fuente: Cuadro 3

Gráfico 4: Antecedentes patológicos (previo al embarazo actual) reportados en el expediente clínico y en la entrevista en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre-noviembre 2018.



Fuente: Cuadro 4

Gráfico 5: Proporción de casos que reportan al menos una complicación materno-fetal, de mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre-noviembre 2018.



Fuente: Cuadro 5

Gráfico 6: Tipo de violencia perpetrada por la pareja íntima en embarazo actual en mujeres ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Monte España, septiembre - noviembre 2018.



Fuente: Cuadro 7

Consentimiento informado

El contenido de este formulario será presentado a las participantes en el Nuevo Hospital Escuela Monte España, mismo que debe ser leído antes de iniciar con el proceso de preguntas.

Se llevará a cabo una entrevista para realizar un estudio acerca de la prevalencia de violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones materno-fetales.

Si decide participar en este proceso evaluativo, será entrevistada en de manera confidencial y privada. Durante aproximadamente 20 minutos y usted responderá una serie de preguntas las cuales serán grabadas.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, usted participara una sola vez durante este periodo Septiembre- Noviembre del año 2018.

Si en algún momento durante la entrevista usted no se siente cómoda, puede no responder, para proteger su identidad no se mencionara su nombre durante el informe.

¿Me logre explicar que la entrevista es confidencial?

Si ____ No ____

¿Comprende que puede solicitar interrumpir su participación durante la entrevista?

Sí ____ No ____

¿Desea iniciar ahora?

Si ____ No ____.

Firma de entrevistador

Iniciales de la paciente: